

Canada

CA1
HW 722
-1997
A19

The NACA Position

on the Privatization of Health Care




No. 19



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada

National Advisory Council on Aging



Digitized by the Internet Archive
in 2022 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761115571077>

**THE NACA POSITION ON
THE PRIVATIZATION OF HEALTH CARE**

**This position was unanimously adopted by
NACA members at the 50th Council Meeting,
May 21-22, 1997**

National Advisory Council on Aging

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging

Postal Locator: 4203A

OTTAWA, Ontario

K1A 0K9

Tel.: (613) 957-1968

Fax: (613) 957-7627

E-mail: seniors@inet.hwc.ca

Internet: <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>

Patricia Raymaker
Chairperson

Nancy Garrard
Acting Executive Director
Division of Aging and Seniors

The Division of Aging and Seniors provides operational support to the National Advisory Council on Aging.

THE NACA POSITION ON... is a series of policy papers presenting NACA's opinions and recommendations on the needs and concerns of seniors and issues related to the aging of the population.

1st printing, 1997

©Minister of Public Works and Government Services Canada 1997

Cat. No.: H71-2/2-19-1997

ISBN: 0-662-63222-2



WHAT IS THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of Health on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging.

The Council has a maximum of 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

MEMBERS OF THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

(as of May 21, 1997)

Chairperson

Patricia Raymaker

Calgary, Alberta

Members

Hortense Duclos

Montréal, Quebec

Peter Fraser

Fort Resolution, Northwest Territories

Gerald Hodge

Denman Island, British Columbia

Bernice MacDougall

Estevan, Saskatchewan

Yvon Milette

St-Georges-de-Champlain, Quebec

Patricia O'Leary-Coughlan

Douglas, New Brunswick

Juliette Pilon

Sudbury, Ontario

Douglas Rapelje

Welland, Ontario

Yvette Sentenne

Montreal, Quebec

Anne Skuba

Winnipeg, Manitoba

Mary Ellen Torobin

Gloucester, Ontario

Joyce Thompson

Charlottetown, Prince Edward Island

NACA BELIEFS

NACA believes that:

- Canada must guarantee the same rights and privileges to all its citizens, regardless of their age.
- Seniors have the right to be autonomous while benefitting from interdependence and to make their own decisions even if it means 'living at risk'.
- Seniors must be involved in the development of policies and programs and these policies and programs must take into account their individuality and cultural diversity.
- Seniors must be assured of adequate income protection, universal access to health care, and the availability of a range of programs and services in all regions of Canada that support their autonomy.

THE NACA POSITION IN BRIEF

In Canada, health care financing, allocation, and delivery may be public, private, or a combination of both.

The important question is not whether something is public or private, but rather how the arrangement of public or private financing, allocation, and delivery affects costs of care, access to care, accountability for care, and quality of care.

The National Advisory Council on Aging (NACA) believes that health care should be available to all on the basis of need rather than ability to pay, that providers of health care are accountable to the public for the services they provide, and that the criteria for evaluating health care must include quality and equity, as well as effectiveness and efficiency.

In this report, NACA identifies what mix of public and private should be maintained in the Canadian health care system, if that system is to continue to offer universal access to quality care for Canada's seniors.

In particular, NACA recommends that:

- Medically necessary health services continue to be entirely publicly funded through a "single-payer" system at the provincial/territorial level.
- Publicly funded services be expanded to comprise all medically necessary services, including home care, prescription drugs and health technologies.

The definition of medically necessary services should take the global health needs of seniors into account, including personal care and homemaking needs.

- In expanding the coverage of medically necessary health services provided by a "single payer" system, provincial and territorial governments consider the positive effects of public funding in controlling total health care costs and in reducing the potentially disproportionate burden of the private costs of care on seniors and their informal caregivers.
- Provincial/territorial governments ensure that senior consumers be fully represented in local health decision-making and planning.
- Provinces and territories provide a core package of services that covers the continuum of care in all regions, establish province-wide standards and protocols and monitor compliance to these standards and protocols.
- Single-entry models of access to all services be made available in every community, to assure that seniors have access to the full continuum of care.
- Provincial/territorial governments allocate the funding required to meet the needs of each region for community-based services.
- Provincial governments and regional health boards involve the community care sector as a full and equal partner in all health care decision-making and planning.

- The federal government set national standards governing accessibility and the provision of a core package of services for the transfer of funds to the provinces/territories for social and health-related services.
- Provincial and territorial ministries of health monitor and evaluate trends in out-of-pocket charges for long-term or hospital accommodation.
- Provincial and territorial ministries of health develop a payment schedule for long-term care or hospital accommodation that ensures fair and affordable access for all residents and that does not penalize individuals for gaps in the continuum of care, such as inadequacies in discharge planning or in long-term care places.
- Federal, provincial and territorial ministries of health collaborate in developing criteria for decisions to de-insure health services and monitoring the impact of those decisions. The criteria should include the effects on health, quality of life, potential illness, equity of and access to health care, and total (public and private) health care costs.
- Provincial and territorial governments take a major role in the public regulation of home care services, the management of competitive contracting processes and the management of monitoring and accountability processes, in order to ensure quality of care, equitable access to care, and timeliness of services.
- Provincial and territorial governments develop standards and evaluate services for home care that involve seniors and their informal caregivers, as well as

professional care providers and agency administrators, to ensure that effects on quality of life are taken into account along with effects on health status.

- Provincial and territorial governments develop indicators pertaining to the relative allocation of resources to client services, staff remuneration, staff accreditation, and staff training and support to assess quality of care and to award contracts for home care services.
- Provincial and territorial governments provide sufficient resources for home care to ensure adequate remuneration and appropriate training of paid caregivers, and to avoid shifting the burden of home care to low-paid workers or unpaid caregivers, most of whom are women.

THE NACA POSITION ON THE PRIVATIZATION OF HEALTH CARE

INTRODUCTION

Universal access to health care based on need rather than ability to pay is a fundamental value of Canadian society. Canadians are proud that in Canada there is a "single-tier" health care system, with one point of access for everyone irrespective of ability to pay.

In the minds of many, privatization of health care means an American system of health care — a "two-tier" system that offers better services for those who can pay and poorer or no services for those who cannot.¹ But what, exactly, is "privatization?" It depends on which of the three major dimensions of health care one is considering — financing, allocation, or delivery. Privatizing the **financing** of health services means shifting the burden of paying for health care from the tax revenues of governments to the private incomes of individuals through user fees, partial or complete payment for certain services, and private insurance. Privatizing the **allocation** of health services involves using certain forms of market competition to determine what services are provided, who provides them, and what they cost. Privatizing the **delivery** of health services means relying on individuals and organizations outside of government — both non-profit and for-profit — to provide the services.

In Canada, each of these dimensions of health care — financing, allocation, and delivery — may be public, private, or a combination of both.² For example, medically necessary hospital services are completely publicly financed, whereas dental care is largely privately financed through either private insurance or out-of-pocket

expenditures. Similarly, the allocation of health services can be regionally planned, as when regional health councils make decisions about closing hospitals, or can follow more of a market system, as when individuals chose their personal physician. Likewise, the delivery of some health services — public health programs, for example — is entirely public, the delivery of others — hospital services or long-term care, for instance — is a combination of public and private, and the delivery of many services — for example, those of a physician or a pharmacist — is entirely private.

Privatization in health care is not necessarily objectionable in and of itself. In fact, there are good arguments in favour of the private delivery of certain kinds of health services. At the same time, however, there are very strong arguments in support of the public financing of health care. And there are concerns about how changes in health care are altering the balance of public and private allocation of health services. **The important question is not whether something is public or private, but rather how the arrangement of public or private financing, allocation, and delivery affects costs of care, access to care, accountability for care, and quality of care.**

The private/public balance in health care is particularly of concern to seniors, because they are more likely to need health care than other Canadians,³ and because they have lower incomes.⁴ Seniors are more likely to have chronic illness, activity limitations, and physical disability.⁵ They account for a greater percentage of stays in hospital or use of prescription drugs than other age groups.⁶ Although the incidence of low income among seniors fell from 34% in 1980 to 19% in 1994, about one in five Canadians aged 65 and over still had incomes below Statistics Canada's low income cut-offs in 1994.⁷ Moreover, older unattached women are considerably more likely than their male counterparts to have low incomes. In 1994, 53% of unattached women

aged 65 and over had low incomes, compared with 32% of unattached men.⁸ If privatization means that seniors will have to pay to get the health care they need, then those who are most likely to need health care are least likely to be able to afford it.

The National Advisory Council on Aging (NACA) believes that health care should be available to all on the basis of need rather than ability to pay, that providers of health care are accountable to the public for the services they provide, and that the criteria for evaluating health care must include quality and equity, as well as effectiveness and efficiency.

This paper sets out the position of NACA on privatization in health care in light of this belief. In particular, it examines the following issues:

- maintaining public funding for medically necessary services and defining "medically necessary";
- allocating adequate resources to community-based services;
- monitoring and evaluating the effects of private payments for health services; and
- ensuring quality and accountability in the delivery of community and institutional care.

The paper aims to identify clearly what mix of public and private should be maintained in the Canadian health care system, if that system is to continue to offer universal access to quality care for Canada's seniors. The paper draws on a number of sources of information: the work of the National Forum on Health, an informal consultation with seniors conducted by members of NACA on health care financing and delivery, an informal consultation with seniors conducted by members of NACA on

seniors' and caregivers' values pertaining to health care,⁹ a review of the literature on private home care services,¹⁰ and various studies in the fields of health economics and gerontology.

1. MAINTAINING PUBLICLY FUNDED HEALTH CARE ACCORDING TO THE PRINCIPLES OF THE *CANADA HEALTH ACT*

During the 1970s, there was an expansion of public financing for health services and health-related social services in Canada, extending coverage for hospital and physician services to include extended health care services (home care, ambulatory health services, intermediate care in nursing homes, and adult residential care) and health-related social services (home support services such as meals at home, help with clothing, transportation, personal care and home help). By the 1980s, most provinces had developed a system combining universally insured health services and means-tested health-related social services. The federal portion of universally insured health services was provided under the Established Programs Financing (EPF), while the federal portion of health-related social services was provided under the Canada Assistance Plan (CAP).

Various conditions applied to these federal transfers. In order to receive federal transfers for medically necessary services, provincial and territorial health insurance plans were obliged to comply with the criteria of the *Canada Health Act*, namely, universality, accessibility, comprehensiveness, portability, and public administration of health care in Canada. Federal contributions for extended health care services, on the other hand, were provided on a per capita basis and were not conditional on respecting the criteria of the *Canada Health Act*. To receive the federal contribution for health-

related social services under the CAP, provincial and territorial governments had to provide welfare assistance solely on the basis of need, without imposing a minimum residency requirement, and to maintain an appeals procedure. The decision of which services to provide and how to provide them was left to the provinces or territories.

In recent years, governments at all levels have had to restrain public spending. In particular, the federal government has combined the EPF and the CAP in a new block fund for health services, post-secondary education, and social services, called the Canada Health and Social Transfer (CHST), and has reduced the amount it transfers to the provinces and territories in this fund. Under the CHST, as under the EPF, federal tax revenues are transferred in two ways: cash payments and tax points. The cash payments give the federal government the means to maintain the principles of the *Canada Health Act*: provinces that compromise those principles by, for example, charging user fees can be penalized by an equivalent reduction in the cash payment. However, as part of its program to reduce expenditures, the federal government announced in 1996 that it would reduce its cash transfer to the provinces from \$18.5 billion in 1995-96 to \$12.5 billion in 1997-98, \$11.8 billion in 1998-99, and \$11.1 billion in 1999-2000. (More recently, the federal government has stated that CHST transfer payments will remain at 1997-98 levels, without further reductions.) The cuts that have been made to date not only reduce the funds (and consequently options) available to the provincial governments that are responsible for the delivery of health care, they also reduce the leverage that the federal government can exercise in maintaining national standards in health care.¹¹

These developments raise a number of questions:

- Is Canada spending enough money on health care?
- Which health services should be considered "medically necessary?"
- If a greater range of health services are deemed medically necessary, where will the money be found to pay for these services?

1.1 Public Financing

Is Canada spending enough money on health care?

This question was considered by the National Forum on Health. It concluded that "Canadians are spending enough through their taxes and private payments to support access to needed health care"—relatively more than most industrialized countries at just under 10% of Gross Domestic Product.¹² Furthermore, the Forum also determined that the most effective way to control costs while still ensuring equity would be to maintain public funding of health care through the "single-payer" system currently in place in the provinces and territories. There is substantial evidence that a "single-payer" system, in addition to achieving equity, keeps costs down by reducing administrative costs, eliminating incentives to shift the cost of high-risk patients (such as the elderly) onto other payers, distributing the costs of health care more evenly throughout the economy, and providing greater bargaining power for the purchaser over the costs of services.¹³

The National Forum on Health observed:¹⁴

The profit motive in financing health care is both inconsistent with a view of health as a public good and moreover leads to high administration costs and inequities in access and quality. International evidence suggests that public funding and administration are the best ways to achieve fairness and value for money.

NACA recommends that:

- **Medically necessary health services continue to be entirely publicly funded through a "single-payer" system at the provincial/territorial level.**

1.2 Medically Necessary Services

Which health care services should be considered "medically necessary?"

Currently most services provided by hospitals and physicians are considered medically necessary and are covered entirely by public insurance. In addition, certain other services — for example, drugs dispensed in hospitals or health care provided in a long-term care institution — are also covered entirely by public insurance. But the *Canada Health Act* only requires public insurance of medically necessary hospital and physician services; it does not require public funding of anything else. Public coverage for additional services such as prescription drugs dispensed outside of hospitals, dental care, eye care, and home care have varied from province to province. Provinces have provided them for particular groups, including seniors, but some form of private payment (a co-payment or a deductible) has usually been required.¹⁵ Thus, in 1994, the ratio of public to private expenditures for health services was 90:10 for hospitals and 99:1 for

physicians, but 70:30 for other institutions (such as long-term care for seniors) and other services (such as home care), 32:68 for drugs, and 14:86 for other professionals (such as dentists or physiotherapists).¹⁶

The realities of health care in Canada have shifted considerably since 1984, when the *Canada Health Act* was passed with its focus on hospital and physician services. One noticeable change has been a shift away from institutional care, including hospitals, toward community care; less invasive medical techniques and shorter hospital stays have meant that Canadians receive more medical care in the community. Another marked change has been a dramatic increase in the share of expenditures on drugs, which have increased from 8.8% of total health expenditures in 1975 to 12.7% in 1994.¹⁷ These changes have altered the balance of public and private funding for health care: many services that are deemed medically necessary today are not publicly insured because they are not provided in hospitals or by physicians.

Some have called the gradual devolution from hospital services to community services a form of "passive privatization" because it has the effect of de-insuring services that were once entirely publicly insured.¹⁸ Clearly, there is much to be gained from technologies and therapies that command less institutional care. But it is essential that the definition of medically necessary services keep pace with the way services are now delivered. The Striking a Balance Working Group of the National Forum on Health found widespread support for the community health approach, but was also repeatedly told to "fund the care, not the institution."¹⁹ Similarly, the National Forum on Health recognized that preserving and protecting health care means adapting to new realities, and recommended "expanding publicly funded services to include all medically necessary services and, in the first instance, home care and drugs."²⁰

This recommendation has a number of implications for seniors. It has already been noted that seniors are more likely than younger individuals to have chronic illness, activity limitations, and physical disability. As a result, seniors, especially those aged 75 and older, use home care services more than younger Canadians, but the services seniors require are different. Personal care, housework, and meal preparation are used more as one grows older, whereas nursing care is used more by those who are younger.²¹ These services prevent, delay, or replace more costly institutional services. For seniors, they must be included in the category of medically necessary home care services.

*I have a homemaker for an hour in the morning, for the sponge bath. Once a week I have my shower, and they help me get dressed. See the things I have on my feet here; I have them cleaned, and I cannot do it myself, because my arm is so bad. My arms are almost useless. And I cannot put my shoes on until I have this done. Then I have one hour on three days during the week and one hour on the weekend to make me some supper. That's all, that's all the care I get.*²² (a senior)

Similarly, prescription drugs may prevent or substitute for more costly institutional care. It is important that they be available to all who need them regardless of ability to pay. Currently, provincial drug plans cover the costs of drugs for seniors and welfare recipients; the remainder — 68% of expenditures in 1994 — is covered by private insurance or paid out-of-pocket. Most drug plans, both public and private, involve a degree of cost-sharing (an out-of-pocket expense) in the form of a user fee or a co-payment or a deductible.²³ This can be a hardship for seniors on low incomes, leading some to discontinue their medication, as NACA found in a recent consultation. Universal public funding of prescription drugs should eliminate such inequities.

Then they gave me medication but now the medication is very expensive. I can't get it anymore. With the new system, I can't afford to buy this medication. I take it only when I badly need it.²⁴
(a senior)

A recent study prepared by the Government of Alberta has found that lower-income seniors are at risk of financial hardship if they have high health needs or if they have unexpected emergency expenses, such as increased drug costs.²⁵ These results underscore the importance of public financing of home care and pharmacare.

There are other areas besides home care and drugs that should be included in discussions of medical necessity. These include technologies used to manage disease or disability such as monitoring and lifting devices, mobility aids, or hearing and vision aids. These technologies can enhance the independence and quality of life of seniors with disabilities and support informal caregivers.

NACA recommends that:

- **Publicly funded services be expanded to comprise all medically necessary services, including home care, prescription drugs and health technologies. The definition of medically necessary services should take the global health needs of seniors into account, including personal care and homemaking needs.**

1.3 Total Health Care Costs

If Canadians are already spending enough money on health care, and if a greater range of health services is deemed medically necessary, where will the money be found to pay for these services?

The answer to this question has to do not only with the amount of funds provided for health care, but also with the allocation of those funds, which will be discussed in greater detail in the next section of this paper. It is important, however, to reinforce a point made by the Striking a Balance Working Group of the National Forum on Health regarding the question of where money is to be found:

Our priority is total costs versus government preoccupation with their own costs. System incentives, therefore, must ensure that patients are treated in the most appropriate, cost-effective setting, taking into account total public and private costs, both in financial terms and in terms of the burden on care givers, many of whom are women, and often elderly women.²⁶

A recent report on the expense of caring for the elderly in Canada underscores this point. It concludes that families, and most often women, are bearing the costs of the shift from formal health care services to informal family caregiving for the elderly.²⁷ From the perspective of total costs of health care, this is merely a re-allocation of costs from the public sector to the private sector, and does not take into account hidden costs to the economy and to family caregivers such as unpaid labour, lost job opportunities, and out-of-pocket expenses. These hidden costs of health care privatization are of particular concern to NACA.

Universal public funding of health care services through a "single-payer" system has been shown to be the most effective means of controlling health care costs while maintaining equity and quality of services.²⁸ This lesson should not be forgotten as funding is realigned to correspond to the realities of health care today. Yet it is tempting to look for ways to increase the pot of money, rather than use the pot more wisely. User fees for home care services is one example of how governments have tried to increase the pot.

Although the *Canada Health Act* prohibits user fees for hospital and physician services, user fees may be, and are, applied to home care services. While 85% of home care services are publicly funded by provincial governments, 10% of these services are funded by user fees, and 5% by private insurance:

Clients are usually charged a fee-for-service or user fee for non-clinical services such as homemaking, personal assistance and housecleaning, meals-on-wheels, transportation, and supplies and equipment. User fees are usually based on a sliding scale according to income.²⁹

The disproportionate effect of this policy on seniors, who are the main users of non-clinical home care services, is evident.

At first glance, user fees seem to be a reasonable and effective way to reduce costs and increase funding for health care: user fees, it is argued, discourage unnecessary use of health services and increase the share of payment by people who can afford it. Indeed, an informal consultation conducted by NACA found that about one third of respondents supported user fees as a way to control health care costs. In fact, however, user fees have the effect of **increasing total health care costs** (by adding private costs

without significantly reducing public costs) and **reducing access to health care among people of low income** (who, although they are more likely to require health care, are less likely to be able to pay the user fee).³⁰

One of the main reasons that user fees do not reduce costs is that costs are not driven up primarily by the number of people requesting health care. Rather, costs are driven up by the kinds of services offered those people. This has significant implications for seniors, since there is widespread concern about costs of health care rising as Canada's population ages. Studies indicate that the aging of the population in and of itself will not drive up costs significantly. What will drive up costs are the kinds of health services provided to the population — physician services, high technologies — that may not be the most appropriate and certainly are not the least expensive.³¹ The provision of such services has more to do with the supply of these services and their appeal to health care providers than with the decisions or even needs of seniors.

Admittedly, it is not easy to realign health services without increasing the total amount of expenditures — public and private. As the Striking a Balance Working Group notes, "one dollar of expenditure on a good or service is one dollar of income for someone. Shifting the balance of expenditures therefore implies a change in the distribution of income."³² People whose incomes are threatened by changes in health expenditures should be expected to resist such changes. In addition, transitions often require an infusion of money. The proposed move toward publicly funded insurance for prescription drugs is illustrative. As the National Forum on Health noted, implementing such a program would require investment in information systems and information technology, as well as the transfer of spending from individuals to governments. Government spending (and perhaps taxes) could well increase, although individual

expenditures and total costs would probably decrease.³³ Consumers need to understand this as well as governments. The important thing is to keep **total costs** in view and to ensure that the funding arrangements do not result in inequitable access to care or disproportionate burden of care.

NACA recommends that:

- **In expanding the coverage of medically necessary health services provided by a "single payer" system, provincial and territorial governments consider the positive effects of public funding in controlling total health care costs and in reducing the potentially disproportionate burden of the private costs of care on seniors and their informal caregivers.**

2. ALLOCATING NECESSARY FUNDS TO COMMUNITY-BASED SERVICES

The line between health care services and health-related social services is not a clear and definite one, particularly for seniors.³⁴ Research into the determinants of health in older age has shown that personal health practices and the socio-economic environment have profound effects on the health and well-being of seniors.³⁵ Social support for seniors can assist them in maintaining social ties, eating well, coping with physical decline or chronic illness, and preserving self-esteem and a sense of control. All of these factors contribute indirectly to preventing or controlling illness and to maintaining independence in older age.

Informal caregivers — spouses, families, friends — already attend to about 80% of the care needs of seniors.³⁶ NACA is concerned that, in the absence of adequate

allocations to community-based health services, the financial burden (out-of-pocket expenses) and economic costs (lost wages, missed job opportunities) borne by informal caregivers will increase. NACA is also concerned that the balance between institutional and community-based services, as well as the balance among community-based services, will not correspond to the needs of seniors who require more support in their homes.³⁷ This could well result in higher institutional costs, as seniors who otherwise could remain in their homes turn to institutions for care.³⁸

Well, I have been really worried when you hear all this talk of cut-backs and so on. I mean, I need every ounce of back-up I can get these days. Every hour of the day is crucial, and if any one of those three programs that I use falls down, I am dead in the water. I feel as if we're very vulnerable and dependent of the systems that we have in place right now. So I don't have much room to manoeuvre. In fact, I feel I am right on the edge of keeping things going as it is. (an informal caregiver)

*It would be money down the drain for everybody (if I'd had to put her in a home sooner). And we'll be finishing off, truncating a person's life prematurely and unnecessarily. You're dealing with a person's life here. Every day I keep her at home, I feel I am giving her another day of normal life.*³⁹ (an informal caregiver)

There are a number of forces at work here. First, there is the move toward block funding under the CHST. It has already been noted that many community-based health care services used by seniors are currently not deemed medically necessary but are nevertheless partially covered by provincial insurance plans. In addition, provincial governments provide community-based social services to seniors on the basis of need. Under the previous EPF and CAP, there were incentives for the provinces to provide

these further services. With the CHST, these incentives have been removed. Provinces now receive block funding with no restrictions on how they allocate these funds. Provinces are obliged to provide medically necessary health care services in accordance with the *Canada Health Act*, and are prohibited from imposing a residency requirement for social services, but otherwise they are free to allocate the funds transferred under the CHST as they see fit to health, education, or social services. There is some concern that social services will come out last under this arrangement.⁴⁰

Second, the allocation of resources to community-based health care services has not kept pace with the demand for those services.⁴¹ Although provinces have increased their allocation for home care many times over the last decade, home care still represents a small percentage of total health services.⁴² Between 1975 and 1994 the share of national health expenditures spent on hospitals decreased by 7.7 percentage points (from 44.9% to 37.2%), while the share spent on home care increased only by 1.1 percentage points (from 0.3% to 1.4%); the share spent on other institutions (mostly nursing homes for seniors) has increased a slight 0.6 percentage point (from 9.2% to 9.8%).⁴³ *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors: Progress and Challenges* (1995) noted some of the consequences of this failure to allocate adequate resources to community-based services: poor after-care for patients discharged from hospital, greater burden of care for informal caregivers, and greater likelihood of institutionalization.⁴⁴ As gerontologist Neena Chappell has observed, "If medical care is cut back without an expansion of community care, seniors are left not with a new health care system, simply a less adequate old one."⁴⁵

Third, the very trends that have led to a decrease in institutional health care services have created competition for resources among community-based services.

There are different models of home care, each with their own goals and functions:⁴⁶

the **maintenance and preventive model**, which serves people with health and/or functional deficits in the home setting, both maintaining their ability to live independently, and in many cases preventing health and functional breakdowns and eventual institutionalization;

the **long-term substitution model**, where home care meets the needs of people who would otherwise require institutionalization; and

the **acute-care substitution model**, where home care meets the needs of people who would otherwise have to remain in, or enter, acute-care facilities.

The demand for both acute-care substitution services and long-term substitution services has been growing.⁴⁷ On the one hand, shorter hospital stays and subsequent convalescent care have created a need for acute-care substitution services. On the other hand, a declining ratio of long-term beds in relation to a growing number of elderly has increased the need for long-term substitution services. In the competition for resources, there is a risk that acute-care needs will be met first, and that maintenance or preventive needs will be met last. The incentives to provide acute-care substitution services — urgent need, quantifiable and controlled services, and a more certain profit margin (in the case of for-profit services⁴⁸) — may be stronger than the benefits of such mundane services as homemaking, shopping, recreational, or reassurance services.

These developments underscore the need for comprehensive and participatory planning of health and social services, including community-based services, that reflects

and responds to needs at the regional level. Again, *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors: Progress and Challenges* (1995) made a number of recommendations that are still valid today. Indeed, the essence of these recommendations — a comprehensive definition of medically necessary services, maintenance of universal public insurance for these services, a single point of entry to all services, allocation of resources at the regional level based on overall needs, and the participation of users of health services in the determination of needs and allocations — is consistent with the recent findings of the National Forum on Health.⁴⁹

NACA reiterates the recommendations that:

- **Provincial/territorial governments ensure that senior consumers be fully represented in local health decision-making and planning.**
- **Provinces and territories provide a core package of services that covers the continuum of care in all regions, establish province-wide standards and protocols and monitor compliance to these standards and protocols.**
- **Single-entry models of access to all services be made available in every community, to assure that seniors have access to the full continuum of care.**
- **Provincial/territorial governments allocate the funding required to meet the needs of each region for community-based services.**
- **Provincial governments and regional health boards involve the community care sector as a full and equal partner in all health care decision-making and planning.**

- The federal government set national standards governing accessibility and the provision of a core package of services for the transfer of funds to the provinces/territories for social and health-related services.

3. MONITORING AND EVALUATING THE EFFECTS OF PRIVATE PAYMENTS FOR HEALTH SERVICES

Under the terms of the *Canada Health Act*, provincial and territorial governments are discouraged from permitting private payments — user fees, extra billings, and so on — in addition to public payments for medically necessary services. This should continue to be the policy when the definition of medically necessary services is expanded to include such things as home care and drugs. Currently, however, additional private payments are required for a number of publicly funded health care services that seniors rely upon, and some services have been entirely "de-insured" (that is, they are no longer covered by public insurance and must be paid out-of-pocket or by private insurance).

3.1 Private Payments For Long-term or Hospital Accommodation

Seniors make up the majority of Canadians living in a hospital or an institution providing long-term care. In 1991, 8.1% of seniors aged 65 and over were living in an institution, mostly in special care homes. They represented 58% of all people in Canada living in an institution.⁵⁰ The proportion of seniors in institutional settings increases with age. In 1991, 2.7% of people aged 65 to 74, 10.4% of people aged 75 to 84, and 36.6% of people aged 85 and over lived in an institution. Senior women aged 85 and over are the most likely people to be living in an institution — in 1991, 41% of these women were living in an institution — and, overall, senior women are more likely to be living in an institution than senior men.⁵¹

People living in long-term care institutions are charged residency fees according to provincial or territorial fee schedules. There is currently no consistency from province to province in the rates charged or in the method of fee assessment. In some jurisdictions, fees are set according to income whereas in others, everyone pays a standard rate; in some provinces, assets are also considered in the calculation of total income.⁵² There is evidence from Alberta that facility fees may impose a financial hardship on many seniors. In this province, where there is a standard fee for institutional accommodation, it has been shown that seniors with low incomes can face a financial hardship if they and/or their spouse live in continuing care facilities or if they have to spend short periods of time in these facilities.⁵³

People who remain in hospital for long periods of time awaiting discharge may be charged for the accommodation provided while they wait. This practice penalizes the individual for factors outside the individual's control, such as the lack of appropriate discharge planning or the lack of beds in long-term care facilities.

NACA recommends that:

- **Provincial and territorial ministries of health monitor and evaluate trends in out-of-pocket charges for long-term or hospital accommodation.**
- **Provincial and territorial ministries of health develop a payment schedule for long-term care or hospital accommodation that ensures fair and affordable access for all residents and that does not penalize individuals for gaps in the continuum of care, such as inadequacies in discharge planning or in long-term care places.**

3.2 De-insuring Medical Services

Provinces and territories have reduced the public portion of health care expenditures by de-insuring medical services not included under the *Canada Health Act*. For example, a number of provinces have totally or partially de-insured services such as routine eye examinations (except for children and seniors), podiatry and physical therapy. There is evidence that de-insuring services has increased total health care costs, although it may have decreased public health care costs. A convenience sample surveyed by the Consumer Association of Canada (Alberta) found that after Alberta Health de-insured routine eye examinations, the average price for the examinations rose by about 30%.⁵⁴ As well, de-insurance introduces inequity into health care, since the cost of de-insured services will be relatively greater for people with lower incomes than for those with higher incomes.

When one province has de-insured a medical service, there may be a tendency for other provinces to follow suit. This, together with a lack of adequate monitoring of the consequences of de-insuring a medical service, can lead to policies that fail to take true costs and eventual consequences into account. It would be far better if these decisions were taken collaboratively by the provinces based on criteria and data that account for the impact of de-insuring on health, quality of life, potential illness, equity of and access to health care, and total health care costs. If the provinces are unable to come to an agreement, this is probably an indication that, as many have argued, the only effective means to maintain national standards of health care is the leverage that the federal government can exert through the transfer payments made under the CHST.⁵⁵

NACA recommends that:

- **Federal, provincial and territorial ministries of health collaborate in developing criteria for decisions to de-insure health services and monitoring the impact of those decisions. The criteria should include the effects on health, quality of life, potential illness, equity of and access to health care, and total (public and private) health care costs.**

4. ENSURING QUALITY AND ACCOUNTABILITY IN THE DELIVERY OF COMMUNITY AND INSTITUTIONAL CARE

Currently, there is a mix of public, private for-profit and private non-profit health services, both community-based and institutional. As these services increasingly compete for government funding, NACA is concerned that cost pressures may be eclipsing quality of care.

Government-funded coordinated home care programs (CHCPs) provide more than 90% of home care services in Canada. Most of these programs — 381 of the more than 400 CHCPs in Canada — are affiliated with community-based agencies. The large majority of CHCPs are administered by official government health agencies and locally elected community health boards. Typically, these agencies and their staff are responsible for coordinating, contracting out, and monitoring services. In all but two provinces, CHCP staff provide the majority of professional services, such as nursing and rehabilitation services, while most of the home support and ancillary services, such as homemaker, home help, meals-on-wheels, drugs, dressings, and supplies and equipment, are purchased from or arranged with external agencies.⁵⁶

The provision of community-based services by private for-profit agencies is a cause of concern to NACA. A review of the privatization of public services in the United States under the Reagan Administration concluded that for-profit agencies are more efficient in providing straightforward, measurable, and easily monitored services such as garbage collection and data processing, but that non-profit agencies are more efficient at providing more complex social welfare services such as nursing home services.⁵⁷ There have been few studies comparing non-profit and for-profit home care services. One American study found that non-profit home nursing agencies served more medicaid (welfare), self-pay, and indigent clients, and made twice as many visits per client, than for-profit agencies.⁵⁸

The public appears to accept private delivery of home care services as long as the government is involved in case management and quality control.⁵⁹ NACA wishes to emphasize several aspects of this responsibility pertaining to:

- regulation, management, standards, and evaluation; and
- working conditions, staff supervision, and staff training.

4.1 Regulation, Management, Standards, and Evaluation

As the delivery of health shifts from hospitals and other institutions to a diverse array of public, non-profit, and for-profit providers of community-based services, it is important that provincial and territorial governments regulate and coordinate the delivery of care across the entire continuum of care. Most provinces have moved toward "coordinated assessment and placement systems, coordinated case management programs, a single administration for continuing care and consistent care level classification systems which are the ingredients for the most cost effective and efficient service delivery mechanisms and systems."⁶⁰ As well, governments have remained involved in the competitive

processes whereby home care contracts are awarded, so as to ensure that certain publicly desired outcomes are achieved and quality care is maintained.⁶¹ This public involvement in the regulation and management of home care must continue to ensure high-quality, cost-effective services.

In addition, progress is being made in the development of standards and in the accreditation of community-based services. A program of standards and accreditation for home care organizations, and a similar program for community health services now exist. Standards for mental health and rehabilitation services have also been prepared and are available from the Canadian Council on Health Services Accreditation. However, home care standards do not exist in all provinces and territories, and systems are needed to gather the information required to monitor whether standards are being met.⁶²

Measuring and evaluating the outcomes of home care services is often more difficult than measuring and evaluating outcomes of other kinds of health services. Seniors may have complex needs that require a range of medical services, personal care, functional assistance, and emotional reassurance. The outcome of care may not be achieving complete health, but may rather be improving quality of life. In assessing the quality of care in such circumstances, the perspective of the client must be taken into account.

NACA recently carried out an informal consultation with seniors and their informal caregivers on what they value in their experience of formal and informal health care.⁶³ The report documents how seniors value services that are effective, sufficient (no more than necessary), available, predictable, flexible, affordable, and delivered at the right time. Seniors also value care providers who communicate clearly and honestly, are caring, anticipate future needs, inspire confidence, and "go the extra mile."

The report on the consultation recommends that "researchers be encouraged to consistently involve seniors and their caregivers in planning and conducting research that concerns their issues."⁶⁴ This applies especially to the evaluation of community-based services, which should measure not only improvements in health status but also less tangible outcomes such as effects on the quality of life of seniors and their informal caregivers and the qualities of the relationship between seniors and their formal care providers.⁶⁵ Research into the quality of care has tended to focus on the outcomes of care rather than the process of care. The process of care "refers to how care is provided and includes how the caregiver relates to the client as well as his or her competency in performing needed tasks."⁶⁶ Studies have found that the competence of the care provider, a compatible relationship between client and care provider, and continuity in the care that is provided, are important to older recipients of home care.⁶⁷ Community-based services should be evaluated on how they meet these needs expressed by seniors, as well as the needs perceived by their informal caregivers.

NACA recommends that:

- **Provincial and territorial governments take a major role in the public regulation of home care services, the management of competitive contracting processes and the management of monitoring and accountability processes, in order to ensure quality of care, equitable access to care, and timeliness of services.**
- **Provincial and territorial governments develop standards and evaluate services for home care that involve seniors and their informal caregivers, as well as professional care providers and agency administrators, to ensure that effects on quality of life are taken into account along with effects on health status.**

4.2 Working Conditions, Staff Supervision, and Staff Training

Evaluations of home care agencies should take into account not only the needs of clients, but also the requirements of those who provide direct care. Home care workers are, in general, poorly paid, work long hours, and enjoy few benefits.⁶⁸ Most of them are women. They often work in isolation, with minimal supervision and support, and with little training.⁶⁹ Moreover, they are required to deal with a wide variety of clients, including the technologically dependent person, the early discharge acute-care patient, the disabled, the frail, and the elderly.

In 1995, the Canadian Association for Community Care met with 155 home support workers and 50 managers and supervisors from 35 agencies across Canada to assess their needs. A major focus of discussion with the home support workers was the stress of their work. The level of stress depended on whether certain systems and policies were in place, irrespective of whether the agency was for-profit or non-profit, small or large, urban or rural, and unionized or non-unionized. Lack of supervision and training, no allowance or support to grieve for a client who had died, low wages and few benefits, lack of recognition from other members of the team of providers, exclusion from participating in case management, coping with tasks that were technologically complex, threats to personal safety — all of these contributed to the workers' stress.⁷⁰ Managers, for their part, spoke of trying to meet the income needs of their workers, arranging schedules, counselling workers on the limits of their relationship with their client, and being concerned about possible physical and emotional burnout of their workers.⁷¹

This study points to the need for good supervision and support, adequate training, manageable schedules, and fair wages for paraprofessional home care workers. To date, there has been little research on the effects of privatization on these aspects of the

working conditions of the paraprofessional home care worker. It is noteworthy, however, that an overview of the financial state of for-profit home care providers in the United States found that unskilled home care providers were less profitable and under more financial pressure than providers of high-technology or standard medical care.⁷² The service is characterized by high labour turnover and entrenched worker poverty, and this has in turn compromised quality, reliability, and availability of services:

As one provider put it, the poorly paid home care worker is "subsidizing the cost of home care." Alternatively, the elderly patient is receiving lower quality of care due to the financial limits on providers, which prevents them from improving worker conditions.⁷³

At the very least this suggests that in evaluating the delivery of home care, it is important to measure the effects of provincial fee schedules, wages and benefits, job supervision, and staff training on the working conditions of the care provider and, indirectly, the quality of care provided.

NACA recommends that:

- **Provincial and territorial governments develop indicators pertaining to the relative allocation of resources to client services, staff remuneration, staff accreditation, and staff training and support to assess quality of care and to award contracts for home care services.**
- **Provincial and territorial governments provide sufficient resources for home care to ensure adequate remuneration and appropriate training of paid caregivers, and to avoid shifting the burden of home care to low-paid workers or unpaid caregivers, most of whom are women.**

Although the Council has not been able to document the trends towards privatization in institutional long-term care as thoroughly at this time, available evidence suggests that similar issues related to quality of care are emerging from privatization. In this context, NACA believes that all the recommendations proposed for quality control of home care are applicable to institutional care.

CONCLUSION

As the realities of health care change, so must the funding, allocation, and delivery of health services. In considering all these dimensions of the discussions on the privatization of health care, NACA judges that changes can be made without increasing total (public and private) health care costs, without diminishing the comprehensiveness and universality of medically necessary services, without compromising the kinds of services (particularly home care) that seniors require, and without increasing the share of costs that low-income seniors bear relative to high-income seniors. The recommendations put forward in this position paper identify specific ways in which federal, provincial, and territorial governments can ensure that, as they reform Canada's health care system, the mix of public and private contributes to, rather than detracts from, the further achievement of universal access to health care based on need rather than ability to pay.

NOTES

- 1) The Striking a Balance Working Group of the National Forum on Health, established partly because of concern "that the balance between public and private financing for health care was shifting by accident, rather than by design, thereby threatening nation-wide entitlement to universal access to health care based on need," noted that "Most discussion about privatization is based on an emotional and emphatic rejection of the American health system," even though Canada is "nowhere near the levels of private financing that characterize the American system."

Lewis, S. et al. Striking a Balance Working Group Synthesis Report. In *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Vol. 2: *Synthesis Reports and Issues Papers*. Ottawa: National Forum on Health, 1996: 3, 35.

- 2) National Forum on Health. *The Public and Private Financing of Canada's Health System: A Discussion Paper*. Ottawa: 1995.
- 3) Wilkins, K., and E. Park. Chronic conditions, physical limitations and dependency among seniors living in the community. *Health Reports*, Winter, 1996, Vol. 8, No. 3.
- 4) "The propensity to suffer different levels of functional limitation is highly associated with poverty. There are consistent associations between higher odds of poor health and the proportion falling below low income standards or having less education. ... Particularly important to this analysis of disadvantage has been the continued increase in the concentration of elderly women living alone. ... This concentration of women living alone is significant because, while this group has relatively greater functional independence, it also makes much more use of formal agencies than do other groups."

Moore, E. G., Rosenberg, M. W. and D. McGuinness. *Growing Old in Canada: Demographic and Geographic Perspectives*. Ottawa: Statistics Canada, 1997: 156; cf. 140-146.

- 5) Renaud, M. et al. Determinants of Health Working Group Synthesis Report. In *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Vol. 2: *Synthesis Reports and Issues Papers*. Ottawa: National Forum on Health, 1996: 3.
- 6) Lindsay, C. *A Portrait of Seniors in Canada*. 2nd ed. Ottawa: Statistics Canada, 1997: 61, 77.
- 7) Lindsay, C., *op. cit.*, p. 101.
- 8) Lindsay, C., *op. cit.*, pp. 101-102.

- 9) Gallagher, E. M. Seniors' & Caregivers' Values Pertaining to Health Care: An Informal NACA Consultation. A Report Prepared for the National Advisory Council on Aging and the Division of Aging and Seniors, Health Canada. February, 1997.
- 10) Nahmiash, D. An Updated Review of the Literature and Documentation on Private Home Care Services in Canada. Report to the Division of Aging and Seniors, Health Canada, 1996.
- 11) Over the past decade the ratio of the federal cash transfer as a percentage of provincial health care spending has been steadily declining, from 33% of provincial health care expenditures in 1984 to 21% in 1995. This trend accelerated under the CHST.

Maslove, A. M. The Canada Health And Social Transfer: Forcing Issues. In G. Swimmer, ed., *How Ottawa Spends 1996-97: Life Under the Knife*. Ottawa: Carleton University Press, 1996: 283-301.
- 12) National Forum on Health. *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Vol. 1: *The Final Report of the National Forum on Health*. Ottawa: 1996: 12.
- 13) Deber, R. et al. The Public-Private Mix in Health Care: Report to the National Health Forum. Toronto: Department of Health Administration, University of Toronto, 1996: 2-12-13.
- 14) National Forum on Health. *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Vol. 1: *The Final Report of the National Forum on Health*, pp. 11-12.
- 15) National Forum on Health. *The Public and Private Financing of Canada's Health System*, pp. 6-7.
- 16) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 15.
- 17) Lewis, S. et al., *op. cit.*, pp. 13-14.
- 18) Deber, R. et al., *op. cit.*, p. 3-5.
- 19) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 36.
- 20) National Forum on Health. *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Vol. 1: *The Final Report of the National Forum on Health*, p. 20.
- 21) In 1994-95, 3% of the Canadian population (about 641,000 people) used home care services. Six percent of people aged 65-74 and 18% of people aged 75 and above used home care, compared to 2% or less of people under the age of 65. The percentage who report using nursing care and housework services respectively, by age group, was 91% and 0% (age 18-19), 72% and 20% (age 20-24), 59% and 25% (age 25-44), 49% and 36%

(age 45-64), 35% and 61% (age 65-74), and 25% and 62% (age 74 and over).

Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health. *Report on the Health of Canadians: Technical Appendix*. Ottawa: Health Canada, 1996: 143-145.

- 22) Gallagher, E. M., *op. cit.*, p. 14.
- 23) Deber, R. et al., *op. cit.*, p. 5-16.
- 24) Gallagher, E. M., *op. cit.*, pp. 30-31.
- 25) Alberta Community Development. *Review of cumulative impact of program and service changes on seniors*. November, 1996.
- 26) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 37.
- 27) Women Bear Brunt of Elder-Care Woes. *The Globe and Mail*. Thursday, March 27, 1997: A1, A7.
- 28) Evans, R. G. Hang Together, or Hang Separately: The Viability of a Universal Health Care System in an Aging Society. *Canadian Public Policy - Analyse de Politiques*, 13, 2 (1987): 165-180.
- 29) Sorochan, M. W., Home Care in Canada, *Caring*, 1 (1995): 16.
- 30) Stoddart, G. L. et al. *Why Not User Charges? The Real Issues*. Toronto: The Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, 1993.
- 31) Evans, R. G., *op. cit.* See also the studies cited in National Advisory Council on Aging, *The NACA Position on Health Care Technology and Aging*, Ottawa: 1995, p. 20.

[Note also E. Leibovich et al., Health Care Expenditures and the Aging Population in Canada, *Papers Commissioned by the National Forum on Health*, Ottawa: 1997.]
- 32) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 10.
- 33) National Forum on Health. *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Vol. 1: *The Final Report of the National Forum on Health*, pp. 22-23.
- 34) "If society is really serious about promoting well-being and population health, there needs to be a reconfiguration of resources throughout the economy, not just the health sector. ... the boundaries between health and other sectors are not clearly delineated, particularly in the case of prevention and health promotion, as well as services for seniors, the frail elderly and the chronically ill."

S. Lewis et al., *op. cit.*, p. 10.

- 35) Chappell, N. L. Maintaining and Enhancing Independence and Well-Being in Old Age. In *What Determines Health? Summaries of a Series of Papers on the Determinants of Health Commissioned by the National Forum on Health*. Ottawa: National Forum on Health, 1996: 52-56.
- 36) Canada Seniors. *Ageing and Independence: Overview of a National Survey*. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1991.
- 37) "Community-based services are services which are provided to persons living in the community to help individuals maintain or regain a maximum degree of autonomy and independence by addressing their physical, mental or social needs. These services broadly include information and referral services, co-ordination services, services of health professionals, as well as a variety of other support services (personal and social support, housing services, health promotion, respite services and transportation). These services are organized, funded and delivered from a base in the community."

National Advisory Council on Aging. *The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors: Progress and Challenges*. Ottawa: 1995: 9.

- 38) Research has found that provision of formal community-based services does not reduce, and may increase, the amount of care provided by relatives and friends, whereas the absence of formal community-based services can result in reduced levels of informal care and, when the burden of care is very heavy, complete withdrawal of informal care.

Canadian research has also shown that community-based care substitutes for long-term facility use, that long-term facility admission and adult day care substitute for hospital admission (particularly for people aged 75 years and older), that community-based care costs on average one-tenth the cost of long-term facility care, and that long-term facility care is less costly than hospital care.

Shapiro, E. Community and Long-Term Health Care in Canada. In Blomqvist, Å. and D. M. Brown, eds. *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*. Toronto: C. D. Howe Institute, 1994: 341-343, 345-346. See also E. Shapiro's response to W. G. Weissert. Cost-effectiveness of Home Care. In Deber, R. B., and G. G. Thompson, eds. *Restructuring Canada's Health Services System: How Do We Get There From Here?* Toronto: University of Toronto Press, 1992: 89-108.

- 39) Gallagher, E. M., *op. cit.*, p. 51.
- 40) Maslove, A. M., *op. cit.*, pp. 290-291.
- 41) National Advisory Council on Aging, *op. cit.*, p. 14. Sorochan, M. W., *op. cit.*, p. 19.

- 42) There has been a considerable increase in provincial funding for home care services over the past ten years. In Ontario the home care budget grew 669% from \$104 million in 1984-85 to \$800 million in 1995-96. In Saskatchewan the home care budget grew 249% from \$17.4 million to \$60.8 million in the same period. From 1988-89 to 1995-96 the home care budget in Nova Scotia grew 415% from \$8 million to \$44 million.

Nahmiash, D., *op. cit.*, p. 17.

- 43) Lewis, S. et al., *op. cit.*, pp. 13-14.

- 44) National Advisory Council on Aging, *op. cit.*, pp. 15-16.

- 45) National Advisory Council on Aging, *op. cit.*, p. 14.

- 46) Health and Welfare Canada. *Report on Home Care*. Ottawa: Supply and Services Canada, 1990.

- 47) Shapiro, E. Community and Long-Term Health Care in Canada, pp. 348-349.

- 48) Kane, N. M. The Home Care Crisis of the Nineties. *The Gerontologist*, 29, 1 (1989): 24-31.

- 49) National Forum on Health. *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Vol. 1: *The Final Report of the National Forum on Health*, pp. 21-22.

- 50) Lindsay, C., *op. cit.*, pp. 27, 33.

- 51) The proportion of women living in an institution is greater than the proportion of men, and the difference increases with age: 2.8% women v. 2.6% men among those aged 65-74, 12.1% women v. 7.9% men among those aged 75-84, and 40.9% women v. 26.8% men among those aged 85 and over.

Lindsay, C., *op. cit.*, pp. 27, 33.

- 52) Nova Scotia, Prince Edward Island and New Brunswick consider income from all sources, including all liquid and tangible assets except the principal residence, in the assessment of facility fees. Quebec exempts the value of the principal residence, up to \$40,000. Newfoundland includes liquid assets/ investment income, but not fixed or tangible assets. Ontario, Manitoba, Saskatchewan and British Columbia set fees on the basis of net after-tax income. Alberta, the Yukon and the Northwest Territories have established standard fees for all residents, regardless of income. In Alberta, accommodation rates are set at the income of seniors receiving Old Age Security, the Guaranteed Income Supplement and the provincial supplement. In the Yukon, the fee is lower than the combination of OAS and GIS. In the Northwest Territories, the fee is set at the average of the three lowest rates in Canada.

- 53) Alberta Community Development, *op. cit.*
- 54) "The Consumer Association of Canada (Alberta) surveyed a convenience sample of 72 optometry and 22 ophthalmology clinics between May 8 and May 12, 1995 Prior to December 1994, optometrists and ophthalmologists were reimbursed \$35.94 by Alberta Health for basic eye exams. After that date, care moved to the private market. Prices rose an average of \$10.76 (29.94%) for the 74 optometrists and \$11.20 (31.16%) for the 22 ophthalmologists. Waiting times were short, often same day or next day, and rarely more than one week. Anecdotally, prices also rose in Saskatchewan after eye examinations were de-insured"
- Deber, R. et al., *op. cit.*, p. 5-11.
- 55) "There is no viable alternative to federal-provincial transfers if we are truly serious about maintaining national health care principles as we know them. Interprovincial agreements, despite best intentions, would likely evolve toward an increasingly minimalist interpretation of national requirements as provinces, over time, experience different economic circumstances, priorities and political preferences."
- Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 28.
- 56) Sorochan, M. W., *op. cit.*, pp. 12, 14-15.
- 57) Bendick, M., Jr. Privatizing the Delivery of Social Welfare Services: An Ideal to be Taken Seriously. In Kamerman, S. B. and A. J. Kahn, eds. *Privatization and the Welfare State*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1989: 97-120.
- 58) Shuster, G. F., III, and P. A. Cloonan. Home Health Nursing Care: A Comparison of Not-for-Profit and For-Profit Agencies. *Home Health Care Services Quarterly*, 12, 1 (1991): 23-36.
- 59) Larsen, L. Home Care in Canada: New Challenges and Emerging Opportunities. The Annual Home Care Management Conference, New York State Association of Health Care Providers. 1996. Cited in D. Nahmiash, *op. cit.*, p. 16.
- 60) Nahmiash, D., *op. cit.*, p. 18.
- 61) Nahmiash, D., *op. cit.*, pp. 13-14.
- 62) Nahmiash, D., *op. cit.*, p. 30.
- 63) Gallagher, E. M., *op. cit.*
- 64) Gallagher, E. M., *op. cit.*, p. 58.

- 65) D. Nahmiash, *op. cit.*, p. 33.
- 66) Eustis, N. N., and L. R. Fischer. Relationships Between Home Care Clients and Their Workers: Implications for Quality of Care. *The Gerontologist*, 31 (1991), 447-456: 447.
- 67) Penning, M. J., and N. L. Chappell. *Home Support Services in the Capital Regional District: Client Survey. Final Report*. Victoria: University of Victoria Centre on Aging, 1996: 4-5, 43.
- 68) Kane, N. M., *op. cit.*, describes the situation in the United States. In Canada home care workers in some provinces have unionized and have succeeded in obtaining pay increases, regular hours, and fringe benefits. See E. Shapiro, Community and Long-Term Health Care in Canada, pp. 347-348.
- 69) HomeSupport Canada. Literature Review on the Role of Health Promotion and the Home Care/Support Worker. In Canadian Association for Community Care, *Health Promotion and the Home Support Worker*. Ottawa: 1995.
- 70) Canadian Association for Community Care, *op. cit.*, p. 10-15.
- 71) Canadian Association for Community Care, *op. cit.*, pp. 19-20.
- 72) Kane, N. M., *op. cit.*
- 73) Kane, N. M., *op. cit.*, p. 30.

**POSITION PAPERS
OF THE
NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING**

7. The NACA Position on the Goods and Services Tax, February 1990.
8. The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors, February 1990.
9. The NACA Position on Informal Caregiving: Support and Enhancement, September 1990.
10. The NACA Position on Lifelong Learning, October 1990.
11. The NACA Position on Gerontology Education, December 1991.
12. The NACA Position on Managing an Aging Labour Force, February 1992.
13. The NACA Position on Canada's Oldest Seniors: Maintaining the Quality of their Lives, January 1993.
14. The NACA Position on the Image of Aging, February 1993.
15. The NACA Position on Women's Life-Course Events, September 1993.
16. The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors: Progress and Challenges, February 1995.
17. The NACA Position on Determining Priorities in Health Care: The Seniors' Perspective, February 1995.
18. The NACA Position on Health Care Technology and Aging, May 1995.
19. The NACA Position on the Privatization of Health Care, October 1997.

MEMORANDUM

POSITIONS DU

CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE

7. La position du CCNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.
8. La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aîné-e-s, février 1990.
9. La position du CCNTA sur l'aide informelle : soutien et mise en valeur, septembre 1990.
10. La position du CCNTA sur l'éducation continue, octobre 1990.
11. La position du CCNTA sur la formation en gérontologie, décembre 1991.
12. La position du CCNTA sur la gestion d'une population active vieillissante, février 1992.
13. La position du CCNTA sur le quatrième âge au Canada : maintenir la qualité de la vie, janvier 1993.
14. La position du CCNTA sur l'image publique du vieillissement, février 1993.
15. La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes aînées, septembre 1993.
16. La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis, février 1995.
17. La position du CCNTA sur l'établissement des priorités dans les soins de la santé : le point de vue des aîné-e-s, février 1995.
18. La position du CCNTA sur les technologies de la santé et le vieillissement, mai 1995.
19. La position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé, octobre 1997.

- 58) Shuster, G. F., III, and P. A. Cloonan. Home Health Nursing Care: A Comparison of Not-for-Profit and For-Profit Agencies. *Home Health Care Services Quarterly*, 12, 1 (1991): pp. 23-36.
- 59) Larsen, L. Home Care in Canada: New Challenges and Emerging Opportunities. The Annual Home Care Management Conference, New York State Association of Health Care Providers. 1996. Cité dans D. Nahmias, *op. cit.*, p. 16.
- 60) Nahmias, D., *op. cit.*, p. 18.
- 61) Nahmias, D., *op. cit.*, pp. 13-14.
- 62) Nahmias, D., *op. cit.*, p. 30.
- 63) Gallagher, E. M., *op. cit.*
- 64) Gallagher, E. M., *op. cit.*, p. 58.
- 65) D. Nahmias, *op. cit.*, p. 33.
- 66) Eustis, N. N. et L. R. Fischer. Relationships Between Home Care Clients and Their Workers: Implications for Quality of Care. *The Gerontologist*, 31 (1991), pp. 447-456: p. 447.
- 67) Penning, M. J. et N. L. Chappell, *Home Support Services in the Capital Regional District: Client Survey. Final Report*. Victoria: University of Victoria Centre on Aging, 1996: pp. 4-5, 43.
- 68) Kane, N. M., *op. cit.*, décrit la situation aux États-Unis. Au Canada, dans quelques provinces, les intervenants de soins à domicile se sont syndiqués et ont réussi à obtenir une augmentation de salaire, des heures régulières de travail et des bénéfices marginaux. Voir E. Shapito, Community and Long-Term Health Care in Canada, pp. 347-348.
- 69) HomeSupport Canada. Literature Review on the Role of Health Promotion and the Home Care/Support Worker. In Canadian Association for Community Care, *Health Promotion and the Home Support Worker*. Ottawa: 1995.
- 70) Canadian Association for Community Care, *op. cit.*, pp. 10-15.
- 71) Canadian Association for Community Care, *op. cit.*, pp. 19-20.
- 72) Kane, N. M., *op. cit.*
- 73) Kane, N. M., *op. cit.*, p. 30.

- 52) La Nouvelle-Ecosse, l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick considèrent toutes les sources de revenu, y compris tous les biens liquides et tangibles, à l'exception de la résidence principale, dans l'évaluation des frais de séjour en établissement. Au Québec, la valeur des résidences principales est exempte jusqu'à concurrence de 40 000 \$. À Terre-Neuve, le calcul tient compte des biens liquides et des revenus d'investissements, mais non les biens fixes ou tangibles. L'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique déterminent les frais sur la base du revenu net après impôt. L'Alberta, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont établi des taux fixes pour tous les résidents, indépendamment du revenu. En Alberta, les frais de séjour sont établis aux montants combinés de la Pension de vieillesse (PV), le Supplément de revenu garanti (SRG) et le supplément provincial. Au Yukon, le tarif est inférieur au revenu combiné de PV et du SRG. Dans les Territoires du Nord-Ouest, la moyenne des trois plus bas taux au Canada détermine le tarif fixe.
- 53) Alberta Community Development, *op. cit.*
- 54) L'Association des consommateurs du Canada (Alberta) a enquêté auprès d'un échantillon de 72 cliniques d'optométrie et de 22 cliniques d'ophtalmologie entre le 8 et le 12 mai 1995. Avant décembre 1994, Santé Alberta remboursait les optométristes et les ophtalmologistes à raison de 35,94 \$ pour chaque examen courant. Après cette date, les soins sont devenus privés et les prix ont grimpé – en moyenne de 10,76 \$ (29,94 %) dans le cas des 74 optométristes de la province et de 11,20 \$ (31,16 %) dans le cas des 22 ophtalmologistes. Le temps d'attente était bref – de quelques heures à une journée, rarement une semaine. Il est à noter que les prix ont également augmenté en Saskatchewan depuis que les services ont été désassurés.
- Deber, R. et al., *op. cit.*, p. 5-11.
- 55) « Il n'y a pas vraiment de solution de rechange aux paiements de transfert fédéraux-provinciaux si l'on veut sincèrement préserver les principes nationaux qui régissent actuellement la prestation des soins de santé. L'évolution, au fil des ans, des conditions économiques, des priorités et des préférences politiques dans les différentes provinces entraînerait, et cela malgré les meilleures intentions, une interprétation minimaliste des exigences nationales contenues dans les accords inter-provinciaux. »
- Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 30.
- 56) Sorochan, M. W., *op. cit.*, pp. 12, 14-15.
- 57) Bendick, M., Jr. Privatizing the Delivery of Social Welfare Services: An Ideal to be Taken Seriously. In Kammerman, S. B. and A. J. Kahn, eds. *Privatization and the Welfare State*. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 1989: pp. 97-120.

- pp. 89-108.
- 39) Gallagher, E. M., *op. cit.*, p. 51.
- 40) Maslove, A. M., *op. cit.*, pp. 290-291.
- 41) Conseil consultatif national sur le troisième âge, *op. cit.*, pp. 14-15. Sorochan, M. W. *op. cit.*, p. 19.
- 42) Les dépenses provinciales pour les services de soins à domicile ont considérablement augmenté au cours des dix dernières années. De 1984-1985 à 1995-1996, le budget des soins à domicile s'est accru de 669 % en Ontario en passant de 104 millions de dollars à 800 millions, et de 249 % en Saskatchewan, où il est passé de 17,4 millions à 60,4 millions. En Nouvelle-Écosse, de 1988-1989 à 1995-1996, les dépenses sont passées de 8 millions à 44 millions, soit une augmentation de 415 %.
- Nahmias, D., *op. cit.*, p. 17.
- 43) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 14.
- 44) Conseil consultatif national sur le troisième âge, *op. cit.*, p. 16.
- 45) Conseil consultatif national sur le troisième âge, *op. cit.*, p. 15.
- 46) Santé et Bien-être social Canada. *Rapport sur les soins à domicile*. Ottawa : Approvisionnements et Services Canada, 1990.
- 47) Shapiro, E. Community and Long-Term Health Care in Canada, pp. 348-349.
- 48) Kane, N. M. The Home Care Crisis of the Nineties. *The Gerontologist*, 29, 1 (1989): pp. 24-31.
- 49) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : *Rapport final du Forum national sur la santé*, p. 23.
- 50) Lindsay, C., *op. cit.*, pp. 28-29, 35.
- 51) Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à vivre en établissement, et l'écart se creuse avec l'âge : les pourcentages sont respectivement de 2,8 % et de 2,6 % chez les 65 à 74 ans, de 12,1 % et de 7,9 % chez les 75 à 84 ans, de 40,9 % et de 26,8 % chez les 85 ans et plus.
- Lindsay, C., *op. cit.*, p. 35.

autres secteurs ne sont pas clairement établis, tout particulièrement dans le cas de la prévention de la maladie, de la promotion de la santé, de la prestation de services aux personnes âgées, aux personnes âgées fragilisées et aux malades chroniques. »

S. Lewis et al., *op. cit.*, p. 10.

- 35) Chappell, N. L. Maintenir et renforcer l'autonomie et le bien-être des personnes âgées. Dans *La santé et ses déterminants : sommaires des documents-synthèse rédigés pour le Forum national sur la santé*. Ottawa : Forum national sur la santé, 1996.

- 36) Canada. Les aîné(e)s. *Vieillessement et autonomie : aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1991.

- 37) « Les services communautaires sont l'ensemble des services offerts au sein d'une collectivité dans le but d'aider des personnes à conserver ou retrouver le maximum d'autonomie et d'indépendance en veillant à leur bien-être physique, mental ou social. Ces services comprennent, entre autres, les services d'information et de référence, les services de coordination, les services des divers professionnels de la santé, ainsi qu'une gamme de services de soutien (soutien personnel ou social, services de logement, promotion de la santé, services de répit et transport). »

- Conseil consultatif national sur le troisième âge. *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis*. Ottawa : 1995, p. 9.
- 38) La recherche révèle que l'existence de services professionnels communautaires ne réduit pas, et parfois même augmente, la quantité de soins dispensés par les proches et les amis, alors que l'absence de services professionnels communautaires peut réduire la quantité de soins dispensés par ces derniers, voire, lorsqu'il y a beaucoup de soins à fournir, les éliminer entièrement.

Des travaux de recherche canadiens permettent aussi de constater que les soins communautaires se substituent aux soins de longue durée en établissement, que les soins de longue durée en établissement se substituent aux soins en hôpital (particulièrement chez les 75 ans et plus), que les soins communautaires contiennent en moyenne dix fois moins cher que les soins de longue durée en établissement, et que les soins de longue durée en établissement sont moins coûteux que les soins en hôpital.

Shapiro, E. Community and Long-Term Health Care in Canada. In Blomqvist, A. and D. M. Brown, eds. *Limits to Care: Reforming Canada's Health System in an Age of Restraint*. Toronto: C. D. Howe Institute, 1994: pp. 341-343, 345-346. Voir aussi la réponse de E. Shapiro à W. G. Weissert : Cost-effectiveness of Home Care. In Deber, R. B., and G. G. Thompson, eds. *Restructuring Canada's Health Services System: How Do We Get There From Here?* Toronto: University of Toronto Press, 1992:

chez les 18 à 19 ans; 72 % et 20 % chez les 20 à 24 ans; 59 % et 25 % chez les 25 à 44 ans; 49 % et 36 % chez les 45 à 64 ans; 35 % et 61 % chez les 65 à 74 ans; 25 % et 62 % chez les 74 ans et plus.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes : Annexes techniques*. Ottawa : Santé Canada, 1996, pp. 159-161.

22) Gallagher, E. M., *op. cit.*, p. 14.

23) Deber, R. et al., *op. cit.*, p. 5-16.

24) Gallagher, E. M., *op. cit.*, pp. 30-31.

25) Alberta Community Development. *Review of Cumulative Impact of Program and Service Changes on Seniors*. November, 1996.

26) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 41.

27) Women Bear Brunt of Elder-Care Woes. *The Globe and Mail*. Thursday, March 27, 1997; pp. A1, A7.

28) Evans, R. G. Hang Together, or Hang Separately: The Viability of a Universal Health Care System in an Aging Society. *Canadian Public Policy - Analyse de politiques*, 13, 2 (1987): pp. 165-180.

29) Sorochan, M. W., Home Care in Canada, *Caring*, 1 (1995): p. 16.

30) Stoddart, G. L. et al. *Why Not User Charges? The Real Issues*. Toronto: The Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice, 1993.

31) Evans, R. G., *op. cit.* Voir aussi *Position du CCNTA sur les technologies de la santé et le vieillissement*. Ottawa : 1995, p. 19.

[Voir aussi E. Leibovich et al., Les dépenses de santé et le vieillissement de la population au Canada. *Documents commandés par le Forum national sur la santé*. Ottawa : 1997.]

32) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 11.

33) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : *Rapport final du Forum national sur la santé*, pp. 23-24.

34) « Si la société a réellement à cœur la promotion du bien-être et la santé de la population, c'est dans l'ensemble de l'économie qu'il faut repenser l'affectation des ressources et pas seulement dans le secteur de la santé ... les frontières entre le secteur de la santé et les

- 9) Gallagher, E. M. Seniors & Caregivers' Values Pertaining to Health Care: An Informal NACA Consultation. A Report Prepared for the National Advisory Council on Aging and the Division of Aging and Seniors, Health Canada. February, 1997.
- 10) Nahmias, D. An Updated Review of the Literature and Documentation on Private Home Care Services in Canada. Report to the Division of Aging and Seniors, Health Canada, 1996.
- 11) Au cours de la dernière décennie, le pourcentage de contribution fédérale aux dépenses provinciales de santé n'a cessé de décliner : de 33 % en 1984, il était tombé à 21 % en 1995. Cette tendance s'est accélérée avec le TCSPS.

- Maslove, A. M. The Canada Health And Social Transfer: Forcing Issues. In G. Swimmer, ed., *How Ottawa Spends 1996-97: Life Under the Knife*. Ottawa: Carleton University Press, 1996: pp. 283-301.
- 12) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : Rapport final du Forum national sur la santé, Ottawa : 1996, p. 12.
- 13) Deber, R. et al., The Public-Private Mix in Health Care: Report to the National Health Forum. Toronto: Department of Health Administration, University of Toronto, 1996: pp. 2-12-13.
- 14) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : Rapport final du Forum national sur la santé, p. 12.
- 15) Forum national sur la santé. *Le financement public et privé du système de santé du Canada*, pp. 7-8.

- 16) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 16.
- 17) Lewis, S. et al., *op. cit.*, pp. 14-15.
- 18) Deber, R. et al., *op. cit.*, pp. 3-5.
- 19) Lewis, S. et al., *op. cit.*, p. 40.
- 20) Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. 1 : Rapport final du Forum national sur la santé, p. 22.
- 21) En 1994-1995, 3 % de la population canadienne (soit environ 641 000 personnes) a eu recours à des services de soins à domicile. Six pour cent (6 %) des 65 à 74 ans et 18 % des 75 ans et plus ont utilisé ce type de services, comparativement à 2 % (au plus) des moins de 65 ans. Les pourcentages d'utilisation déclarée de soins infirmiers et de services d'aide ménagère, par groupe d'âges, étaient respectivement les suivants : 91 % et 0 %

NOTES

1) Le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, du Forum national sur la santé – dont l'établissement découle en partie « du constat que la part du financement privé des soins de santé s'accroît subrepticement et donc, sans que ce soit explicitement voulu, que le droit à l'accès universel aux soins de santé en fonction du besoin est remis en cause dans l'ensemble du pays » – note que « le débat sur la privatisation repose principalement sur le rejet émotif et catégorique du système de santé américain », même si « le Canada est très loin du niveau de financement privé qui caractérise ce système ».

Lewis, S. et al., Rapport de synthèse du Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre. Dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. II : *Rapports de synthèse et documents de référence*. Ottawa : Forum national sur la santé, 1996. pp. 3, 38-39.

2) Forum national sur la santé. *Le financement public et privé du système de santé du Canada : Document de discussion*. Ottawa : 1995.

3) Wilkins, K. et E. Park. Chronic conditions, physical limitations and dependency among seniors living in the community. *Health Reports*, Winter, 1996, Vol. 8, No. 3.

4) « Il existe une forte association entre la probabilité de souffrir de limitation fonctionnelle à divers degrés et une situation économique défavorable. Il y a également des associations entre, d'une part, une plus grande vraisemblance d'être en mauvaise santé et, d'autre part, la proportion des personnes ayant un revenu inférieur au seuil de faible revenu ou ayant peu de scolarité... L'accroissement continu de la concentration des femmes âgées qui vivent seules constitue un facteur particulièrement important dans cette analyse... cette concentration de femmes vivant seules est significative car, même si le degré d'autonomie fonctionnelle de ce groupe est relativement plus élevé, ces femmes font beaucoup plus appel aux organismes de soutien officiels. »

Moore, E. G., Rosenberg, M. W. et D. McGuinness. *Vieillir au Canada : les aspects démographique et géographique du vieillissement*. Ottawa : Statistique Canada, 1997. p. 179.

5) Renaud, M. et al., Rapport de synthèse du Groupe de travail sur les déterminants de la santé. Dans *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*, vol. II : *Rapports de synthèse et documents de référence*. Ottawa : Forum national sur la santé, 1996, p. 3.

6) Lindsay, C. *Un portrait des aînés au Canada*. 2^e éd. Ottawa : Statistique Canada, 1997, pp. 66-67, 82.

7) Lindsay, C., *op. cit.*, p. 109.

8) Lindsay, C., *op. cit.*, pp. 109-110.

CONCLUSION

Les changements qui sont en train de modifier la réalité des soins de santé doivent s'accompagner de changements dans les modalités de financement, de distribution et de prestation des services. Compte tenu de toutes les dimensions du débat sur la privatisation des soins de santé, le CCNTA estime qu'il est possible d'opérer ces changements sans accroître le coût total (public et privé) des soins de santé, sans violer l'intégrité et l'universalité des services médicalement nécessaires, sans menacer les services dont les aîné-e-s ont besoin pour rester en santé et continuer à vivre chez eux (particulièrement les soins à domicile), et sans augmenter le fardeau financier des aîné-e-s à faible revenu par rapport à celui des aîné-e-s à revenu élevé. Les recommandations du présent document proposent des mesures précises aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, alors qu'ils procèdent à la réforme du système canadien de soins de santé, pour maintenir un ratio public/privé susceptible de promouvoir, et non d'entraver, l'accès universel aux soins en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer.

Cet état de chose force pour le moins à conclure que toute évaluation de prestation de soins à domicile doit mesurer l'impact des barèmes d'honoraires provinciaux, des salaires et bénéfices marginaux, et enfin de la supervision et de la formation du personnel sur les conditions de travail des intervenants et, indirectement, sur la qualité des soins dispensés.

Le CCNTA recommande que :

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux élaborent des indicateurs portant sur les affectations proportionnelles de ressources au service au client, à la rémunération du personnel, à l'habilitation du personnel, et enfin à la formation et au soutien du personnel, en vue d'évaluer la qualité des soins et d'adjuger les contrats de soins à domicile.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux injectent suffisamment de ressources dans les soins à domicile pour assurer une rémunération et une formation adéquates des intervenants rémunérés, et pour éviter que le fardeau des soins à domicile ne pèse sur les intervenants mal rémunérés ou sur les aidants naturels, qui sont pour la plupart des femmes.

Bien que le Conseil n'ait pas été en mesure de documenter de manière aussi complète les tendances vers la privatisation dans les établissements de soins de longue durée, les données indiquent que des problèmes similaires liés à la qualité des soins dérivant de la privatisation font surface. Dans ce contexte, le CCNTA croit donc que toutes les recommandations proposées pour assurer la qualité des soins à domicile sont applicables au domaine des soins en institution.

dispositions ou d'appui en cas de deuil d'un client, médiocrité des salaires et des bénéfices marginaux, manque de reconnaissance de la part des autres membres de l'équipe d'intervention, exclusion du processus de gestion des cas, nécessité d'exécuter des tâches complexes sur le plan technologique, risques pour la sécurité personnelle – tous ces éléments contribuent au stress des intervenants⁷⁰. Les directeurs, quant à eux, ont parlé des efforts qu'ils déployaient pour rémunérer correctement les intervenants, planifier les horaires et conseiller les intervenants sur les limites que comportent leur relation avec le client, et ils se sont dits préoccupés par l'épuisement physique et psychologique qui guette les intervenants⁷¹.

L'étude fait ressortir la nécessité d'une bonne supervision, d'un soutien solide, d'une formation adéquate, d'un horaire réaliste et d'un salaire équitable pour les paraprofessionnels des soins à domicile. Jusqu'ici, la recherche s'est peu intéressée aux effets de la privatisation sur les conditions de travail de ces derniers, telles qu'elles viennent d'être évoquées. Aux États-Unis, toutefois, un examen de l'état financier des fournisseurs de soins à domicile a but lucratif a révélé que les fournisseurs de soins non spécialisés réalisaient moins de profits et subissaient de plus grandes pressions financières que les fournisseurs de soins médicaux normalisés ou de haute technicité⁷². Le roulement intense de personnel et la médiocrité des salaires, caractéristiques de ce type de service, compromettent la qualité, la fiabilité et la disponibilité des soins dispensés :

« Comme l'a déclaré l'un des fournisseurs, les intervenants de soins à domicile, mal payés, 'subventionnent' les soins. Les difficultés financières des fournisseurs interdisent une amélioration des conditions de travail des intervenants, ce qui entraîne une diminution de la qualité du service dispensé aux aînés-e-s⁷³. »

[traduction libre]

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux élaborent des normes de soins à domicile et évaluent les services en faisant participer les aînés, les aidants naturels, les prestataires de soins professionnels et les administrateurs d'organismes, afin que l'on considère aussi bien l'incidence sur la qualité de vie que l'incidence sur l'état de santé.

4.2 Conditions de travail, supervision du personnel et formation du personnel

L'évaluation des organismes de soins à domicile doit prendre en compte non seulement les besoins des clients mais aussi les exigences à l'égard de ceux qui fournissent des soins directs. En général, les intervenants de soins à domicile sont mal payés, travaillent de longues heures et ne touchent que très peu de bénéfices marginaux⁶⁸. La plupart d'entre eux sont des femmes. Ils travaillent dans l'isolement, avec un minimum de supervision, d'appui et de formation⁶⁹. Enfin, ils ont affaire aux clients les plus divers, depuis ceux dont la vie dépend de ressources technologiques jusqu'à ceux qui requièrent des soins aigus et ont été congédiés prématurément de l'hôpital, en passant par les personnes handicapées, de santé fragile ou très âgées.

En 1995, l'Association canadienne de soins et services communautaires a rencontré 155 intervenants et 50 gestionnaires ou superviseurs de soins à domicile, provenant de 35 agences à travers le Canada, pour évaluer leurs besoins. L'un des principaux sujets de discussion avec les intervenants a été le stress occasionné par le travail. Le degré de stress varie selon que certains systèmes et politiques sont ou non en place, peu importe que l'organisme poursuive ou non un but lucratif, qu'il soit de petite ou de grande envergure, qu'il travaille en milieu urbain ou rural, et que son personnel soit ou non syndiqué. Manque de supervision et de formation, absence de

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux jouent un rôle majeur dans la réglementation publique des services de soins à domicile, la gestion des processus compétitifs d'adjudication des contrats de soins à domicile et les processus de surveillance et de reddition des comptes, afin d'assurer la qualité des soins, un accès équitable aux soins et la promptitude du service.

Le CCNTA recommande que :

Le rapport de consultation recommande d'encourager les chercheurs à faire participer régulièrement les aîné-e-s et ceux qui les soignent à la planification et à la réalisation des travaux de recherche qui les concernent⁶⁴. Cette recommandation s'applique particulièrement bien à l'évaluation des services communautaires, qui, en plus de mesurer l'amélioration de l'état de santé, devrait mesurer des résultats moins tangibles, comme l'impact des services sur la qualité de vie des aîné-e-s et des aidants naturels et la qualité des rapports entre les aîné-e-s et les prestataires de soins⁶⁵. La recherche sur la qualité des soins a eu tendance jusqu'ici à s'intéresser aux résultats plutôt qu'au processus. On entend par processus la manière dont les soins sont dispensés, y compris la relation de l'aidant ou du prestataire de soins avec le client, et sa compétence dans l'exécution des tâches à remplir⁶⁶. Les études révèlent que, pour l'aîné-e qui reçoit des soins à domicile, la compétence de l'aidant ou du prestataire de soins, sa compatibilité avec l'aîné-e, et la continuité des soins sont importantes⁶⁷. Les services communautaires devraient être évalués quant à la manière dont ils répondent à ces besoins déclarés des aîné-e-s, de même qu'aux besoins perçus par les aidants naturels.

Des progrès sont réalisés, également, du côté des normes et de l'agrément des services communautaires de soins à domicile. Il existe aujourd'hui un programme de normes et d'agrément pour les organismes de soins et de services à domicile, de même qu'un programme pour les centres de santé communautaire. Des normes ont aussi été rédigées pour les services de santé mentale et les services de réadaptation; on peut s'en procurer copie auprès du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Toutefois, il n'existe pas de normes de soins à domicile dans toutes les provinces et tous les territoires, et il faut des systèmes pour réunir l'information nécessaire à la surveillance de l'application des normes⁶².

Le résultat des interventions est souvent plus difficile à mesurer et à évaluer dans le cas des soins à domicile que dans celui des autres types de service de santé. Les aîné-e-s peuvent avoir des besoins complexes, nécessitant toute une gamme de services – soins médicaux, soins personnels, aide fonctionnelle et réconfort moral. Il est possible que l'objectif soit moins de rétablir entièrement la santé que d'améliorer la qualité de vie. Dans de tels cas, pour évaluer la qualité des soins, il faut tenir compte du point de vue du client.

Récemment, le CCNTA a procédé à une consultation informelle auprès des aîné-e-s et de leurs aidants naturels pour savoir ce qu'ils attendaient des soins de santé, formels ou informels⁶³. Selon le rapport de consultation, les aîné-e-s attendent un service efficace, suffisant (qui n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire), accessible, prévisible, souple, abordable et dispensé au bon moment. Ils attendent de la personne qui les soigne qu'elle communique clairement et honnêtement, qu'elle soit attentive et prévoyante, qu'elle inspire confiance et qu'elle soit prête à en faire un peu plus que ce qu'on lui demande.

À l'heure où les services de santé sortent des hôpitaux et des autres établissements pour être pris en charge à l'échelon communautaire, par les fournisseurs les plus divers – publics, sans but lucratif ou à but lucratif –, il est important que les gouvernements provinciaux et territoriaux assurent la réglementation et la coordination de l'ensemble des soins de santé. Comme éléments essentiels à l'établissement de mécanismes et systèmes de prestation de soins efficaces et efficaces, la plupart des provinces ont mis en place un système coordonné d'évaluation et de placement, des programmes coordonnés de gestion des cas, un dispositif central d'administration des soins et des systèmes uniformes de classification du niveau des soins⁶⁰. Par ailleurs, les gouvernements continuent à jouer un rôle dans le processus compétitif d'adjudication des contrats de soins à domicile, afin d'assurer l'obtention de certains résultats réclamés par le public et le maintien de la qualité des soins⁶¹. Le secteur public doit continuer à jouer un rôle dans la réglementation et la gestion des soins à domicile si l'on veut assurer des services rentables et de haute qualité.

4.1 Réglementation, gestion, normes et évaluation

- réglementation, gestion, normes et évaluation;
- conditions de travail, surveillance du personnel et formation du personnel.

Le public semble accepter le phénomène de la prestation privée des services de soins à domicile, dans la mesure où le gouvernement conserve un rôle dans la gestion des cas et le contrôle de la qualité⁵⁹. Le CCNTA attire l'attention sur plusieurs aspects de la responsabilité du gouvernement à cet égard :

Les programmes de soins à domicile coordonnés qui sont financés par l'Etat représentent plus de 90 % des services de soins à domicile dispensés au Canada. La plupart de ces programmes – 381 sur plus de 400 – sont affiliés à des organismes communautaires, et la grande majorité sont administrés par des organismes de santé gouvernementaux et des conseils de santé communautaires élus localement. Généralement, ces organismes sont responsables de la coordination, des adjudications de contrats et de la surveillance des services. Dans toutes les provinces sauf deux, le personnel des programmes fournit la plupart des services professionnels, comme les soins infirmiers et les services de réadaptation, et les organismes externes liés par contrat, la plupart des services de soutien à domicile et des services auxiliaires – aide ménagère, aide à la préparation des repas, livraison de repas à domicile, médicaments, pansements, fournitures et matériel, et autres⁵⁶.

Le fait que certains services communautaires soient fournis par des organismes privés à but lucratif préoccupe le CCNTA. Une étude sur la privatisation des services publics aux États-Unis sous l'administration Reagan a révélé que les organismes à but lucratif étaient plus efficaces dans la fourniture de services routiniers, mesurables et faciles à surveiller, comme la cueillette des ordures ménagères ou le traitement des données, et que les organismes sans but lucratif étaient plus efficaces dans la fourniture de services sociaux plus complexes, comme les soins infirmiers à domicile⁵⁷. S'il y a peu d'études comparatives sur les services de soins à domicile à but lucratif et sans but lucratif, une étude américaine a permis de constater que les fournisseurs sans but lucratif de soins infirmiers à domicile servent davantage les assistés sociaux, les indigents et les personnes non protégées par un régime d'assurance, et effectuent deux fois plus de visites par client, que les fournisseurs à but lucratif⁵⁸.

Présentement, il y a un mélange de soins de santé publics, privés à but lucratif et à but non lucratif aux niveaux communautaire et institutionnel. Étant donné que ces services se font de plus en plus concurrence pour les fonds gouvernementaux, le CCNTA craint que les pressions exercées sur les coûts jouent en la défaveur de la qualité des soins.

LEUR SUJET

4. ASSURANCE DE LA QUALITÉ DES SERVICES COMMUNAUTAIRES ET INSTITUTIONNELS, ET DE LA REDDITION DES COMPTES À

- Les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé collaborent ensemble à définir les critères préalables à toute désassurance de service de santé, et surveillent l'impact de telles décisions. Les critères devront prendre en compte les effets de la désassurance sur la santé, sur la qualité de vie, sur les risques de maladie, sur l'équité des soins de santé, sur l'accès aux soins de santé et sur le coût total (public et privé) des soins de santé.

Le CCNTA recommande que :

des paiements de transfert du TCSPS⁵⁵, normes nationales en matière de soins de santé est le levier qu'il peut exercer au moyen que le seul moyen efficace dont dispose le gouvernement fédéral pour maintenir les puissent s'entendre à ce sujet confirme probablement ce que pensent un grand nombre : l'accès aux soins et le coût total des soins de santé. Le fait que les provinces ne désassurance sur la santé, la qualité de vie, les risques de maladie, l'équité des soins, provinces, à partir de critères et de données qui prennent en compte l'impact de la de beaucoup préférable que ce genre de décision soit prise conjointement par les

Lorsqu'une province désassure un service médical, les autres provinces ont tendance à l'imiter. Ce phénomène, que vient renforcer l'absence d'une surveillance adéquate des effets de la désassurance, peut susciter l'apparition de politiques qui ne tiennent pas compte du coût réel de la désassurance ni de ses effets possibles. Il serait

chers pour les personnes à faible revenu que pour les personnes à revenu élevé. Soins de santé, puisque les services désassurés sont désormais proportionnellement plus d'environ 30 %⁵⁴. De même, la désassurance introduit un élément d'injustice dans les Santé à désassuré l'examen courant de la vue, le prix moyen de l'examen a augmenté l'Association des consommateurs du Canada, depuis que le ministre albertain de la Selon une étude d'échantillon de commodité effectuée par la filiale albertaine de augmenté les coûts totaux des soins de santé, bien qu'elle ait diminué les coûts publics. aîné(e-s), la podologie et la physiothérapie. Les études révèlent que la désassurance a partie l'examen courant de la vue (à l'exception des services aux enfants et aux *sur la santé*. Un certain nombre, par exemple, ont désassuré complètement ou en commencé à désassurer les services médicaux non mentionnés dans la *Loi canadienne* Pour réduire la part publique des dépenses de santé, les provinces et territoires ont

3.2 Désassurance des services médicaux

- Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé établissent un barème de frais de séjour, en établissement de soins de longue durée ou à l'hôpital, qui assure tout le monde d'un accès équitable et d'un coût raisonnable et ne pénalise pas les clients pour les lacunes du système de soins, par exemple, la mauvaise planification des congés de l'hôpital ou le manque de places en établissement de soins de longue durée.

- Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé surveillent et évaluent les tendances en ce qui concerne l'imposition directe au client de frais de séjour en établissement de soins de longue durée ou en hôpital.

Le CCNTA recommande que :

Les personnes qui séjournent à l'hôpital pour de longues périodes dans l'attente de leur congé peuvent se voir exiger des frais de séjour pour la période d'attente. Cette pratique pénalise la personne pour des circonstances hors de son contrôle, par exemple, le manque de planification adéquate des congés de l'hôpital ou le manque de lits dans les établissements de soins de longue durée.

Les frais de séjour en établissement de soins de longue durée sont fixés par des barèmes provinciaux ou territoriaux. Il n'existe actuellement aucune uniformité entre les provinces pour ce qui est des tarifs ou de leur détermination. Dans certaines juridictions, les tarifs sont déterminés suivant le revenu du client, alors que dans d'autres chaque client paie un tarif fixe; dans certaines provinces, les biens sont inclus dans le calcul du revenu total⁵². Des données recueillies en Alberta révèlent que les frais de séjour en établissement sont un obstacle financier pour de nombreux aîné-e-s. Il a été démontré que dans cette province, où ces frais sont normalisés, les aîné-e-s à faible revenu risquent de se heurter à des difficultés financières s'ils résident, ou si leur conjoint réside, dans un établissement de soins de longue durée, ou s'ils doivent passer quelque temps dans un tel établissement⁵³.

qui sont dans l'ensemble plus susceptibles que les hommes de leur groupe d'âges de vivre en établissement.⁵¹

3. IMPACT DU PAIEMENT PRIVÉ DES SOINS DE SANTÉ - SURVEILLANCE ET ÉVALUATION

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les gouvernements provinciaux et territoriaux ne doivent pas permettre que le paiement public des services médicaux nécessaires se double d'un paiement privé, sous quelque forme que ce soit – frais d'utilisateurs, surfacturation ou autre. Cette politique doit être maintenue lorsque la définition de la nécessité médicale sera élargie de manière à s'appliquer également à des services comme les soins à domicile et les médicaments. À l'heure actuelle, toutefois, un paiement privé additionnel est exigé pour divers services de soins de santé déjà financés par l'État et représentant une nécessité vitale pour les aîné-e-s; certains de ces services sont même entièrement « désassurés » (ils ne sont plus couverts par le régime public d'assurance-maladie et doivent être payés directement par le client ou par l'assurance privée).

3.1 Paiement privé des séjours en établissement de soins de longue durée ou à l'hôpital

La majorité des personnes qui résident dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée au Canada sont des aîné-e-s. En 1991, 8,1 % des 65 ans et plus vivaient en établissement, la plupart dans un foyer de soins spéciaux; les aîné-e-s comptaient pour 58 % de toutes les personnes institutionnalisées au Canada⁵⁰. Le taux d'institutionnalisation des aîné-e-s croît avec l'âge. En 1991, il était de 2,7 % chez les 65 à 74 ans, de 10,4 % chez les 75 à 84 ans et de 36,6 % chez les 85 ans et plus. Le taux est particulièrement élevé chez les femmes de 85 ans et plus – 41 % en 1991 –,

- Les provinces et les territoires offrent un ensemble de services de base couvrant le continuum de soins dans toutes les régions, établissent des normes de qualité et des protocoles provinciaux ou territoriaux et s'assurent de leur application.
- Le modèle de soins par guichet unique permettant d'accéder à tous les services soit offert dans toutes les collectivités afin d'assurer aux aîné-e-s l'accès au continuum de soins.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux allouent les fonds nécessaires pour répondre aux besoins en services communautaires dans chaque région.
- Les gouvernements provinciaux et les conseils régionaux de la santé invitent le secteur des services communautaires à participer pleinement au processus de décision et de planification en matière de soins de santé à titre de partenaire égal.
- Le gouvernement fédéral établit des normes nationales régissant les questions d'accès et la prestation d'un ensemble de services de base au chapitre des services sociaux et de santé, tout en liant le financement des provinces et des territoires au respect de ces normes.

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'assurent que les aîné-e-s utilisateurs soient entièrement représentés dans le processus décisionnel et la planification locale en soins de santé.

Le CCNTA recommande à nouveau que :

Ces faits ne font que souligner la nécessité d'une planification globale et participative des services de santé et des services sociaux, services communautaires compris, à partir des besoins régionaux. À cet égard, *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aîné-e-s : progrès et défis* (1995) présente plusieurs recommandations encore valables aujourd'hui. En effet, les principes sur lesquels reposent ces recommandations – définition englobante de la nécessité médicale, maintien de l'assurance publique universelle pour les services en question, point d'accès unique pour l'ensemble des services, distribution des ressources à l'échelon régional en fonction des besoins généraux, et participation des utilisateurs de services à la détermination des besoins et à l'attribution des ressources – trouvent un écho dans les conclusions récentes du Forum national sur la santé⁴⁹.

Dans la compétition pour les ressources, il existe un risque que les services communautaires de soins aigus passent en premier, et les services communautaires de maintien et de prévention en dernier. Il est plus intéressant de fournir des services de substitution aux soins aigus – réponse à un besoin urgent, services quantifiables et contrôlés, et chances accrues de profit (si les services sont fournis dans un but lucratif⁴⁸) – que des services aussi communs que l'aide ménagère, l'assistance-achats, les activités récréatives ou le réconfort moral.

sans qu'on ajoute aux services communautaires, les aîné-e-s n'obtiennent pas un nouveau système de santé, mais plutôt un vieux système moins approprié⁴⁵. »

Troisièmement, les éléments mêmes qui sont à l'origine du déclin des soins en établissement créent une rivalité entre les services communautaires, qui se disputent les ressources disponibles. Il y a différents modèles de soins à domicile, chacun avec ses propres objectifs et ses propres fonctions⁴⁶ :

le modèle de **maintien et prévention**, qui vise les personnes vivant chez elles et atteintes de problèmes de santé ou de troubles fonctionnels, et qui a pour but de maintenir l'aptitude à vivre de façon autonome et de prévenir la dégradation et l'institutionnalisation;

le modèle de **substitution aux soins de longue durée**, qui répond aux besoins des personnes pour lesquelles l'institutionnalisation serait autrement nécessaire;

le modèle de **substitution aux soins aigus**, qui répond aux besoins des personnes pour lesquelles le séjour définitif, ou l'admission, dans un établissement de soins aigus serait autrement nécessaire.

La demande de services de substitution aux soins aigus ou de services de substitution aux soins de longue durée est à la hausse⁴⁷. D'une part, la réduction du séjour à l'hôpital et la nécessité d'assurer les soins de convalescence créent un besoin de services de substitution aux soins aigus. D'autre part, le fait que le nombre de lits d'hôpitaux pour soins de longue durée diminue alors que le nombre d'ainé-e-s augmente intensifie le besoin de services de substitution aux soins de longue durée.

Désormais, les provinces reçoivent un montant de financement global, sans restrictions quant à la manière dont elles répartiront les fonds. Elles sont simplement tenues d'offrir les services de soins de santé jugés médicalement nécessaires, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé*, et de s'abstenir d'imposer des conditions de résidence pour les services sociaux; à part ces exigences, elles sont libres de répartir les fonds de transfert comme elles l'entendent entre les services de santé, l'enseignement et les services sociaux. Certains craignent que, dans ces conditions, les services sociaux soient servis en dernier⁴⁰.

Deuxièmement, les affectations de ressources aux services communautaires de soins de santé n'ont plus grand rapport avec la demande⁴¹. Bien que les provinces aient, à plusieurs reprises au cours de la dernière décennie, augmenté les ressources allouées aux soins à domicile⁴², ce secteur ne représente toujours qu'une fraction minime des services de santé. De 1975 à 1994, la part des dépenses nationales de santé consacrée aux hôpitaux a diminué de 7,7 points de pourcentage (en tombant de 44,9 % à 37,2 %), tandis que la part relative aux soins à domicile n'a augmenté que de 1,1 points de pourcentage (en passant de 0,3 % à 1,4 %); la part relative aux autres établissements (essentiellement les foyers de soins pour personnes âgées) a légèrement augmenté – de 0,6 point de pourcentage (en passant de 9,2 % à 9,8 %)⁴³. Dans *La position du CCNTA sur les services de santé communautaires destinés aux aînés-e-s : progrès et défis* (1995), le Conseil énumère quelques conséquences de l'insuffisance des ressources affectées aux services communautaires : médiocrité des soins post-hospitalisation, surcharge de travail pour les aidants naturels, et risque accru d'institutionnalisation⁴⁴. Pour reprendre les mots de la gérontologue Neena Chappell, citée dans l'ouvrage du CCNTA : « Si les soins médicaux subissent des compressions

d'emploi manquées) n'augmentent. Le Conseil craint également que l'équilibre entre les services en établissement et les services communautaires, et entre les services communautaires eux-mêmes, soit perturbé au point de ne plus permettre de répondre aux besoins des aîné-e-s³⁷ qui requièrent plus de soutien à domicile. Il pourrait en résulter une augmentation du coût des établissements par suite de l'institutionnalisation d'aîné-e-s qui seraient autrement capables de rester chez eux³⁸.

Il y a plusieurs forces en jeu ici. En premier lieu, il y a le passage au financement global avec le TCSPS. Comme il a déjà été mentionné, de nombreux services communautaires de soins de santé, utilisés par les aîné-e-s mais non reconnus comme médicalement nécessaires, sont néanmoins couverts en partie par les régimes provinciaux d'assurance-maladie. De plus, les gouvernements provinciaux offrent des services sociaux communautaires aux aîné-e-s qui en ont besoin. À l'époque du FPE et du RAPC, certaines mesures étaient prévues pour inciter les provinces à offrir ces services complémentaires. Le TCSPS ne contient pas de telles mesures incitatives.

« Ce serait jeter l'argent de tout le monde par la fenêtre (si je devais la placer dès maintenant dans un foyer). Et ce serait mettre un terme à sa vie prématurément et inutilement. C'est la vie de quelqu'un qui est en jeu ici. Pour elle, chaque jour de plus à la maison est un jour de plus de vie normale³⁹. »

(un aidant naturel)

« Je suis vraiment inquiète de toutes ces coupures dont on entend parler. Le plus petit soutien est important pour moi ces temps-ci. Chaque heure de la journée est cruciale, et si l'un des trois programmes que j'utilise disparaît, je coule. Je me sens très vulnérable et très dépendante des systèmes en place. J'ai très peu de marge de manœuvre. En fait, j'ai l'impression de faire juste ce qu'il faut pour ne pas tomber au fond du gouffre. »

(une aidante naturelle)

- En étendant la couverture des services de santé médicalement nécessaires fournis dans le cadre d'un système « à payeur unique », les gouvernements provinciaux et territoriaux considèrent les effets positifs du financement public dans le contrôle des coûts totaux des soins de santé et la réduction du fardeau financier disproportionné qui serait imposé aux aîné-e-s et à leurs aidants naturels par les coûts privés en soins de santé.

2. AFFECTATION DES FONDS NÉCESSAIRES AUX SERVICES COMMUNAUTAIRES

La frontière qui sépare les services de soins de santé des services sociaux liés à la santé n'est pas clairement définie, particulièrement dans le cas des aîné-e-s³⁴. La recherche sur les déterminants de la santé chez les aîné-e-s révèle que les habitudes d'hygiène personnelle et l'environnement socio-économique ont de profonds effets sur la santé et le bien-être de l'aîné-e³⁵. Un soutien social peut aider l'aîné-e à maintenir des attaches sociales, à bien s'alimenter, à composer avec le déclin des facultés physiques ou une maladie chronique, et à conserver l'estime de soi et un sentiment de maîtrise – autant d'éléments qui contribuent indirectement à prévenir et à prendre en charge la maladie et à maintenir l'autonomie.

Les aidants naturels – conjoints, autres proches ou amis – assurent déjà 80 % des soins dispensés aux aîné-e-s³⁶. Le CCNTA craint que, sans l'injection de ressources suffisantes dans les services de santé communautaires, le fardeau financier des aidants naturels (déboursés directs) et leur fardeau économique (pertes d'emplois, occasions

l'association que l'on fait communément entre l'augmentation des coûts des soins de santé et le vieillissement de la population canadienne. Les études révèlent, en effet, que le vieillissement de la population en lui-même ne fait pas grimper sensiblement les coûts. Les coûts augmentent parce que les types de service offerts à la population – services de médecin, technologies de pointe – ne sont peut-être pas les plus appropriés et certainement pas les moins coûteux³¹. Que de tels services soient dispensés à plus à voir avec leur présence sur le marché et avec l'intérêt qu'ils représentent pour les fournisseurs qu'avec les décisions ou même les besoins des aînés-s.

Certes, il n'est pas facile de réaligner les services de santé sans accroître le montant total des dépenses – publiques et privées. Comme le fait observer le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, « ... un dollar dépensé en biens ou en services par une personne est un dollar de revenu pour une autre. Une nouvelle répartition des dépenses entraîne donc une nouvelle répartition des revenus³². » Il faut s'attendre à ce que ceux dont le revenu est menacé par les changements de distribution des dépenses de santé résistent à ces changements. De plus, les transitions exigent souvent un afflux d'argent. La mise en place d'une assurance-médicaments financée par l'État sur le modèle de ce qui est proposé ici constitue un bon exemple. Comme le fait remarquer le Forum national sur la santé, la création d'un tel programme nécessiterait un investissement dans les systèmes et technologies d'information et un transfert de dépenses des particuliers aux gouvernements. Peut-être les dépenses gouvernementales augmenteraient-elles (et aussi les impôts), mais les dépenses des particuliers et le coût total des soins diminueraient probablement³³. Les consommateurs, tout comme les gouvernements, doivent comprendre cela. L'important est de ne pas perdre de vue le **coût total** des soins et de faire en sorte que le dispositif de financement ne crée pas d'inégalité dans l'accès aux soins ou de déséquilibre dans la responsabilité des soins.

à domicile sont financées par les fonds publics provinciaux, mais 10 % le sont par les frais d'utilisateur et 5 % par l'assurance privée :

« Habituellement, les clients doivent payer des frais de service ou des frais d'utilisateur pour des services non cliniques comme l'aide ménagère, l'assistance personnelle, la livraison des repas à domicile, le transport, ainsi que les fournitures et appareils. Les frais sont généralement calculés d'après une échelle mobile, en fonction du revenu ²⁹. » [traduction libre]

L'effet disproportionné de cette politique sur les aîné-e-s, qui sont les principaux utilisateurs des services de soins à domicile non cliniques, est évident.

À première vue, les frais d'utilisateur semblent un moyen raisonnable et efficace de réduire les coûts des soins à domicile et de mieux les financer : des frais

d'utilisateur, soutient-on, dissuadent les gens de recourir inutilement aux services de santé et augmentent la contribution financière de ceux qui ont les moyens de payer. D'ailleurs, lors d'une consultation informelle menée par le CCNTA, le tiers environ des répondants s'est déclaré en faveur des frais d'utilisateur comme moyen de maîtriser les coûts des soins de santé. Dans les faits, toutefois, les frais d'utilisateur ont pour effet d'**accroître le coût total des soins de santé** (en ajoutant aux coûts privés sans réduire substantiellement les coûts publics) et de **limiter l'accès aux soins de santé pour les personnes à faible revenu** (qui, bien que plus susceptibles d'avoir besoin de soins de santé, ont moins de chances de pouvoir payer les frais imposés)³⁰.

L'une des principales raisons pour lesquelles les frais d'utilisateur ne réduisent pas les coûts est que les coûts dépendent moins du nombre des utilisateurs que du type de service offert. Ceci a d'importantes implications pour les aîné-e-s, étant donné

« Ce qui est important, c'est le coût total, tandis que le gouvernement est préoccupé par les coûts publics. Par conséquent, les mesures incitatives doivent être telles que les patients seront traités de la façon la plus appropriée et la plus efficiente, en considérant les coûts privés et les coûts publics ainsi que le fardeau financier et humain que doivent supporter les soignants, qui sont souvent des femmes et, en plus, âgées²⁶. »

Un article récent sur le coût des soins aux aînés-e-s au Canada va dans le même sens. On y conclut que c'est la famille, et surtout les femmes, qui supporte les

conséquences du remplacement des soins de santé professionnels par les soins informels en milieu familial²⁷. Du point de vue du coût total des soins, il s'agit d'un simple

transfert de dépenses du secteur public au secteur privé, sans considération des coûts cachés occasionnés à l'économie et aux aidants naturels, notamment le travail non

rémunéré, les pertes de possibilités d'emploi et les dépenses directes des particuliers. Ces coûts cachés de la privatisation des soins préoccupent particulièrement le CCNTA.

Il a été démontré que le financement public universel des soins de santé au

moyen d'un système « à payeur unique » est le moyen le plus efficace de contenir les dépenses de santé tout en maintenant l'équité et la qualité des services²⁸. Cette leçon ne doit pas être oubliée au moment où l'on s'efforce de réaligner le financement sur la

réalité des soins de santé. Il est bien tentant, toutefois, de chercher par tous les moyens à renflouer le porte-monnaie – ce que font les gouvernements quand ils imposent des

trais d'utilisateur pour les services de soins à domicile – plutôt que de dépenser

judicieusement.

Si la *Loi canadienne sur la santé* interdit les frais d'utilisateur pour les services hospitaliers et médicaux, de tels frais peuvent être imposés, et sont imposés, pour les services de soins à domicile. Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) des services de soins

Si le Canada dépense déjà assez pour les soins de santé, et si un plus grand nombre de services sont reconnus nécessairement, où trouvera-t-on l'argent qu'il faut pour payer ces services?

Pour répondre à cette question, il faut considérer non seulement la quantité de fonds disponible pour les soins de santé, mais aussi la manière dont ces fonds sont distribués – ce qui sera abordé plus en détail dans la prochaine section. Il convient toutefois de citer ici le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, du Forum national sur la santé, dans sa réflexion sur les sources de financement :

1.3 Coût total des soins de santé

- Le financement public soit étendu à la totalité des services médicaux nécessaires, dont les soins à domicile, les médicaments prescrits et les technologies médicales. La définition de la nécessité médicale doit prendre en compte les besoins globaux des aîné-e-s en matière de santé, y compris les soins personnels et l'aide ménagère.
- Le CCNTA recommande que :

peuvent améliorer l'autonomie et la qualité de vie des aîné-e-s souffrant d'incapacité et faciliter le travail des soignants informels.

dernière. À l'heure actuelle, les régimes provinciaux d'assurance-médicaments couvrent les dépenses en médicaments des aîné-e-s et des assistés sociaux; le reste – 68 % en 1994 – est payé par l'assurance privée ou directement par le client. La plupart des régimes d'assurance-médicaments, qu'ils soient publics ou privés, exigent une certain partage des coûts (déboursés directs), qui peut prendre la forme de frais d'utilisateur, de copaiements ou de cotisations²³. Ces exigences peuvent causer des difficultés aux aîné-e-s à faible revenu, et amener certains d'entre eux à renoncer à leurs médicaments, comme l'a constaté le CCNTA lors d'une consultation récente. Le financement public universel des médicaments prescrits éliminerait une telle injustice.

« Alors, ils m'ont prescrit des médicaments, mais maintenant les médicaments sont très chers. Je ne peux plus m'en procurer. Avec le nouveau régime, je n'ai plus les moyens d'acheter des médicaments. J'en prends seulement quand j'ai très mal²⁴. »
(une personne âgée)

Une étude récente du gouvernement de l'Alberta révèle que les aîné-e-s à faible revenu peuvent se heurter à des difficultés financières si leur état de santé requiert beaucoup de soins ou que leurs dépenses augmentent brusquement de façon imprévue – par exemple, si le coût des médicaments augmente²⁵. Ces constatations confirment l'importance d'un financement public des soins à domicile et des médicaments.

Outre les soins à domicile et les médicaments, d'autres services devraient être mentionnés dans le débat sur la nécessité médicale, dont l'aide technologique pour le contrôle de la maladie ou l'incapacité (par exemple, les systèmes de moniteurs, les appareils facilitant la mobilité, les prothèses auditives et visuelles). Ces technologies

Les médicaments prescrits peuvent eux aussi prévenir ou remplacer des soins plus coûteux en établissement. Il est donc important qu'ils soient mis à la disposition de toute personne qui en a besoin, quels que soient les moyens financiers de cette

«Tous les matins pendant une heure, j'ai une auxiliaire familiale qui m'aide à faire ma toilette à l'éponge, ou ma douche une fois par semaine, puis à m'habiller. Regardez mes souliers : je les fais nettoyer, je ne peux pas le faire moi-même parce que j'ai mal aux bras. Mes bras sont pratiquement inutiles. Mais je ne peux pas me chauffer tant que mes souliers ne sont pas nettoyés. J'ai aussi une auxiliaire familiale pendant une heure trois jours sur semaine et pendant une heure en fin de semaine pour préparer mon souper. C'est tout, voilà les soins que je reçois²². »

catégorie des services médicalement nécessaires. Dans le cas des aîné-e-s, ils doivent être inclus dans la plus coûteux en établissement. Les services à domicile préviennent, retardent ou remplacent des services infirmiers²¹. Pour la préparation des repas, les personnes plus jeunes demandent surtout des soins une personne vieillit, plus elle a besoin de soins personnels, d'aide ménagère et d'aide les générations plus jeunes; en outre, ils ne demandent pas les mêmes services. Plus aîné-e-s, en particulier les 75+ans, recourent plus aux services de soins à domicile que chroniques, à la restriction des activités et à l'incapacité physique. Il s'ensuit que les Comme il a déjà été mentionné, les personnes âgées sont plus exposées aux maladies Cette recommandation a un certain nombre de conséquences pour les aîné-e-s.

soins à domicile et aux médicaments²⁰. »

financement public à tous les services médicalement nécessaires et, en premier lieu, aux aux réalités nouvelles, le Forum recommande d'« accroître la couverture du reconnaissant que le maintien et la protection des soins de santé exigent qu'on s'adapte

domicile), de 32/68 pour les médicaments, et de 14/86 pour les soins dispensés par d'autres professionnels (p.ex., dentistes, physiothérapeutes)¹⁶.

La réalité des soins de santé a considérablement changé au Canada depuis 1984, année où a été adoptée la *Loi canadienne sur la santé*, qui mettait l'accent sur les services dispensés par les hôpitaux et les médecins. L'un des changements les plus notables est le recul des soins en établissements, hôpitaux y compris, au profit des soins communautaires. L'apparition de techniques médicales moins importunes et les séjours plus brefs à l'hôpital ont eu pour conséquence que les Canadiens et les Canadiennes reçoivent aujourd'hui plus de soins médicaux en milieu communautaire. Il faut noter également l'augmentation spectaculaire des dépenses des médicaments; de 1975 à 1994, la part du budget total de la santé consacrée aux médicaments est passée de 8,8 % à 12,7 %¹⁷. Ces changements ont altéré l'équilibre entre financement public et financement privé : de nombreux services reconnus aujourd'hui comme médicalement nécessaires ne sont pas couverts par les régimes publics d'assurance-maladie, car ils ne sont pas dispensés par des hôpitaux ou des médecins.

Pour certains, le transfert graduel des services hospitaliers aux services communautaires est une forme de « privatisation passive » puisqu'il aboutit à désassurer des services qui auparavant étaient financés entièrement par l'État¹⁸. Il est évident que les technologies et thérapies qui requièrent moins de soins en établissement sont très avantageuses; mais il est essentiel que la définition de la nécessité médicale tienne compte de la manière dont les services sont dispensés aujourd'hui. Si le Groupe de travail sur l'atteinte d'un équilibre, du Forum national sur la santé, a constaté un appui massif en faveur des services communautaires, on lui a fait valoir à maintes reprises qu'il fallait financer les soins et non les établissements¹⁹. » Dans cette optique,

- Les services de santé médicalement nécessaires continuent d'être financés entièrement à l'aide des fonds publics, au moyen d'un système provincial/territorial « à payeur unique ».

1.2 Services médicalement nécessaires

Quels services de soins de santé faut-il considérer comme « médicalement nécessaires » ?

À l'heure actuelle, la plupart des services dispensés par les hôpitaux ou les médecins sont considérés comme médicalement nécessaires et donc entièrement couverts par le régime public d'assurance-maladie. Certains autres services – comme la distribution des médicaments dans les hôpitaux, ou les soins de longue durée en établissement – sont aussi couverts intégralement. Toutefois, la *Loi canadienne sur la santé* n'exige cette couverture que pour les services hospitaliers et médicaux, et pour rien d'autre. Pour les services complémentaires – comme la distribution des médicaments prescrits aux personnes non hospitalisées, les soins dentaires, les soins de la vue ou les soins à domicile –, la couverture varie d'une province à une autre. Les provinces offrent la couverture pour des groupes particuliers, notamment les aînés-s; mais en général une forme quelconque de paiement privé est exigée (copaiements ou cotisations)¹⁵. Ainsi, en 1994, le ratio public/privé des dépenses pour les services de santé était de 90/10 pour les soins hospitaliers et de 99/1 pour les soins médicaux, mais de 70/30 pour les soins en établissement autres que les soins hospitaliers (comme les soins de longue durée pour aînés-e-s) et certains autres services (comme les soins à

Le Canada dépense-t-il suffisamment pour les soins de santé?

Le Forum national sur la santé s'est penché sur cette question. Il a conclu que « les citoyens dépensent déjà assez par leurs taxes, impôts et déboursés personnels pour se garantir l'accès aux soins médicaux qui leur sont nécessaires » – presque 10 % de

leur produit national brut, soit relativement plus que la plupart des pays industrialisés¹².

Selon le Forum, le meilleur moyen de comprimer les coûts tout en assurant l'équité serait de maintenir le financement public des soins à l'aide du système dit « à payeur unique » déjà en place dans les provinces et les territoires. Il est amplement prouvé qu'un tel système, en plus d'assurer l'équité, permet d'économiser en réduisant les coûts administratifs, en éliminant les incitations à faire payer par d'autres les soins destinés aux patients à risque élevé (aux aînés, par exemple), en répartissant plus également le coût des soins entre les différents secteurs de l'économie, et en octroyant plus de pouvoir à l'acheteur pour la négociation du coût des services¹³. Comme l'observe le Forum national sur la santé :

« En matière de financement, le motif du profit dérouterait à la notion de la santé comme bien public, il ferait gonfler les frais d'administration et pourrait produire des injustices dans l'accessibilité et la qualité des soins. Des recherches menées partout dans le monde démontrent que le financement et l'administration publics d'un régime sont les meilleurs gages de justice et de rapport qualité-prix¹⁴. »

- Ces faits nouveaux soulèvent un certain nombre de questions :
- Le Canada dépense-t-il suffisamment pour les soins de santé?
- Quels services de soins de santé faut-il considérer comme « médicalement nécessaires »?
- Si un plus grand nombre de services sont reconnus médicalement nécessaires, où trouvera-t-on l'argent qu'il faut pour payer ces services?

fédéral d'assurer le respect des principes de la *Loi canadienne sur la santé* : les provinces qui transgressent ces principes, par exemple en imposant des frais d'utilisateu, voient leur transfert en espèces réduit d'un montant égal au montant abusivement prélevé. Toutefois, dans le cadre de son programme de compression des dépenses, le gouvernement fédéral a annoncé en 1996 qu'il réduirait progressivement les transferts en espèces du TCSPS : de 18,5 milliards de dollars en 1995-1996, leur montant global tomberait à 12,5 milliards en 1997-1998, à 11,8 milliards en 1998-1999 et à 11,1 milliards en 1999-2000. (Plus récemment, le gouvernement fédéral a annoncé que les paiements de transfert du TCSPS seraient maintenus au niveau de 1997-1998, sans autres réductions ultérieures.) Les compressions effectuées à ce jour auront non seulement pour effet de réduire les montants (et donc les options) dont disposent les provinces pour fournir les soins de santé, mais aussi d'affaiblir les leviers que le gouvernement fédéral peut exercer pour maintenir les normes nationales en matière de soins de santé¹¹.

était prévue par le Financement des programmes établis (FPE), et la contribution fédérale au financement des services sociaux liés à la santé, par le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC).

Les transferts fédéraux étaient soumis à différentes conditions. Pour qu'une province ou un territoire puisse toucher le transfert fédéral relatif aux services médicalement nécessaires, son régime d'assurance-maladie devait satisfaire aux conditions prescrites par la *Loi canadienne sur la santé* pour les soins de santé au Canada, à savoir : universalité, accessibilité, intégralité, transférabilité et gestion publique. La contribution fédérale pour les services de soins de santé de longue durée, par contre, était proportionnelle au nombre d'habitants de la province ou du territoire et non subordonnée aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Enfin, pour recevoir la contribution fédérale prévue par le RAPC relativement aux services sociaux liés à la santé, la province ou le territoire ne devait subordonner l'aide sociale qu'au besoin, sans imposer de période de résidence minimale, et prévoir en tout temps une procédure d'appel. Le choix des services à offrir et des modalités de prestation était laissé à la province ou au territoire.

Ces dernières années, toutes les administrations publiques ont dû compresser leurs dépenses. Ainsi, le gouvernement fédéral a combiné le FPE et le RAPC en un fonds unique – le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) –, qui assure désormais le financement global des services de santé, de l'enseignement postsecondaire et de l'aide sociale, et il a réduit le montant global transféré aux provinces et aux territoires. Sous le régime du TCSPS comme sous celui du FPE, les recettes fiscales fédérales sont transférées sous deux formes : en espèces et en points d'impôt. Les transferts en espèces sont un moyen pour le gouvernement

Durant les années 1970, au Canada, le financement public des services de santé et des services sociaux connexes s'est étendu au-delà du financement des services hospitaliers et médicaux pour inclure les soins de longue durée (soins à domicile, soins ambulatoires, soins courants en maison de repos et soins en établissement pour adultes) et les services sociaux liés à la santé (soutien à domicile : repas, habillage, transport, soins personnels et aide ménagère). Au début des années 1980, la plupart des provinces avaient mis sur pied un système qui assurait les services de santé de façon universelle, et les services sociaux connexes en fonction des moyens financiers des prestataires. La contribution fédérale à la couverture universelle des services de santé

1. MAINTIEN DU FINANCEMENT PUBLIC DES SOINS DE SANTÉ CONFORMÉMENT AUX PRINCIPES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Le document vise à identifier avec clarté le dosage public/privé qui permettrait que les aîné-e-s canadiens continuent d'avoir accès, universellement, à des soins de qualité par l'entremise du système de santé au Canada. Il s'inspire d'un certain nombre de sources d'information : les travaux du Forum national sur la santé; deux enquêtes informelles du CCNTA auprès des aîné-e-s, l'une sur le financement et la prestation des soins de santé, l'autre sur les attentes des aîné-e-s et des personnes qui les soignent¹⁰; un examen de la documentation sur les services de soins à domicile¹⁰; et diverses études d'économie de la santé et de gériologie.

- la surveillance et l'évaluation de l'impact du paiement privé sur les services de santé; et
- l'assurance de la qualité des services communautaires et institutionnels, et de la reddition des comptes.

- le maintien du financement public des services médicalement nécessaires et la définition de ces services;
- l'affectation de ressources adéquates aux services communautaires;

aux points suivants :

Ce rapport expose la position du CCNTA sur la privatisation des soins de santé, position qui découle des convictions énoncées ci-dessus. Il s'attarde particulièrement

l'efficience.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) croit que les soins de santé doivent être accessibles à tous en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer, que les fournisseurs de soins de santé doivent rendre compte au public des services qu'ils assurent, et que la qualité et l'équité doivent être incluses parmi les critères d'évaluation des soins, au même titre que l'efficacité et l'efficience.

d'hospitalisation et de consommation de médicaments sont plus élevés chez les personnes âgées que chez tout autre groupe d'âges⁶. Et si, de 1980 à 1994, l'incidence de faible revenu chez les personnes de 65+ ans est tombée de 34 % à 19 %, il y avait encore en 1994 un aîné-e sur cinq dont le revenu était inférieur au « seuil de faible revenu » de Statistique Canada⁷. La tendance au faible revenu est nettement plus prononcée chez les femmes âgées seules que chez les hommes âgés seuls⁸. En 1994, les taux de faible revenu de ces deux groupes étaient respectivement de 53 % et de 32 %. Si la privatisation a pour effet d'obliger les aîné-e-s à payer pour obtenir les soins nécessaires, les plus susceptibles d'avoir besoin de soins sont aussi les moins susceptibles de pouvoir se les payer.

L'équilibre public/privé du système de soins de santé est particulièrement préoccupant pour les aîné-e-s, qui sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins que les autres Canadiens³ et qui sont plus pauvres⁴. Les aîné-e-s sont plus exposés aux maladies chroniques, à la restriction des activités et à l'incapacité physique⁵. Les taux

La privatisation des soins de santé n'est pas contestable en soi. En fait, il existe de bons arguments en faveur de la prestation privée pour certains types de services de santé. Mais il existe aussi d'excellents arguments en faveur du financement public des soins de santé. Et la manière dont les changements apportés aux soins de santé altèrent l'équilibre public/privé suscite des préoccupations. La question à se poser, ce n'est pas s'il faut choisir entre public et privé, mais comment le ratio public/privé du financement, de la distribution et de la prestation des services influe sur le coût, l'accès et la qualité des soins ainsi que sur la responsabilisation des fournisseurs.

Au Canada, chacun de ces processus – financement, distribution ou prestation – peut être public, privé ou public/privé². Par exemple, les soins hospitaliers médicaux nécessaires sont entièrement financés par l'État, tandis que la plupart des soins dentaires sont financés soit par l'assurance privée, soit directement par le client. De même, la distribution des services de santé peut être planifiée à l'échelle régionale, comme lorsque les conseils de santé régionaux prennent des décisions au sujet de la fermeture des hôpitaux, ou s'aligner plutôt sur un régime de marché, comme lorsque les particuliers choisissent leur médecin personnel. La prestation, enfin, est parfois entièrement publique, comme pour les programmes de santé publique, parfois publique/privée, comme pour les services hospitaliers et les soins de longue durée, parfois entièrement privée, comme pour les services de médecin ou de pharmacien.

INTRODUCTION

Pour la société canadienne, l'universalité d'accès aux soins de santé en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer est une valeur fondamentale. Les Canadiens et les Canadiennes sont fiers de leur système de santé « à palier unique » qui ne comporte qu'un seul point d'accès pour tous, quels que soient les moyens financiers de la personne.

Dans l'esprit d'un grand nombre, un système de soins de santé privatisé est un système à l'américaine – un système « à deux paliers », qui offre de meilleurs services à ceux qui ont les moyens de payer et des services appauvris ou inexistantes à ceux qui n'en ont pas les moyens¹. Mais que faut-il entendre exactement par « privatisation »? La définition change selon que l'on considère l'un ou l'autre des trois grands aspects des soins de santé – le financement, la distribution ou la prestation. Privatiser le **financement** des services de santé, c'est payer les soins non plus avec les recettes fiscales des gouvernements mais à partir du revenu privé des particuliers, en recourant aux frais d'utilisateur, au paiement partiel ou intégral de certains services et à l'assurance privée. Privatiser la **distribution** des services, c'est adopter certaines formes de concurrence de marché pour décider quels services seront offerts, qui les offrira et à quel coût. Privatiser la **prestation** des services, c'est faire appel à des particuliers ou à des organisations de l'extérieur du gouvernement – qu'ils poursuivent ou non un but lucratif – pour dispenser les services.

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux injectent suffisamment de ressources dans les soins à domicile pour assurer une rémunération et une formation adéquates des intervenants rémunérés, et pour éviter que le fardeau des soins à domicile ne pèse sur les intervenants mal rémunérés ou sur les aidants naturels, qui sont pour la plupart des femmes.

- Les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la santé collaborent ensemble à définir les critères préalables à toute désassurance de service de santé, et surveillent l'impact de telles décisions. Les critères devront prendre en compte les effets de la désassurance sur la santé, sur la qualité de vie, sur les risques de maladie, sur l'équité des soins de santé, sur l'accès aux soins de santé et sur le coût total (public et privé) des soins de santé.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux jouent un rôle majeur dans la réglementation publique des services de soins à domicile, la gestion des processus compétitifs d'adjudication des contrats de soins à domicile et les processus de surveillance et de reddition des comptes, afin d'assurer la qualité des soins, un accès équitable aux soins et la promptitude du service.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux élaborent des normes de soins à domicile et évaluent les services en faisant participer les aînés-e-s, les aidants naturels, les prestataires de soins professionnels et les administrateurs d'organismes, afin que l'on considère aussi bien l'incidence sur la qualité de vie que l'incidence sur l'état de santé.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux élaborent des indicateurs portant sur les affectations proportionnelles de ressources au service au client, à la rémunération du personnel, à l'habilitation du personnel, et enfin à la formation et au soutien du personnel, en vue d'évaluer la qualité des soins et d'adjuger les contrats de soins à domicile.

- Les gouvernements provinciaux et territoriaux allouent les fonds nécessaires pour répondre aux besoins en services communautaires dans chaque région.
- Les gouvernements provinciaux et les conseils régionaux de la santé invitent le secteur des services communautaires à participer pleinement au processus de décision et de planification en matière de soins de santé à titre de partenaire égal.
- Le gouvernement fédéral établit des normes nationales régissant les questions d'accès et la prestation d'un ensemble de services de base au chapitre des services sociaux et de santé, tout en liant le financement des provinces et des territoires au respect de ces normes.
- Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé surveillent et évaluent les tendances en ce qui concerne l'imposition directe au client de frais de séjour en établissement de soins de longue durée ou en hôpital.
- Les ministères provinciaux et territoriaux de la santé établissent un barème de frais de séjour – en établissement de soins de longue durée ou à l'hôpital –, qui assure tout le monde d'un accès équitable et d'un coût raisonnable et ne pénalise pas les clients pour les lacunes du système de soins, par exemple, la mauvaise planification des congés de l'hôpital ou le manque de places en établissement de soins de longue durée.

- Le financement public soit étendu à la totalité des services médicalement nécessaires, dont les soins à domicile, les médicaments prescrits et les technologies médicales. La définition de la nécessité médicale doit prendre en compte les besoins globaux des aîné-e-s en matière de santé, y compris les soins personnels et l'aide ménagère.
- En étendant la couverture des services de santé médicalement nécessaires fournis dans le cadre d'un système « à payeur unique », les gouvernements provinciaux et territoriaux considèrent les effets positifs du financement public dans le contrôle des coûts totaux des soins de santé et la réduction du fardeau financier disproportionné qui serait imposé aux aîné-e-s et à leurs aidants naturels par les coûts privés en soins de santé.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux s'assurent que les aîné-e-s utilisateurs soient entièrement représentés dans le processus décisionnel et la planification locale en soins de santé.
- Les provinces et les territoires offrent un ensemble de services de base couvrant le continuum de soins dans toutes les régions, établissent des normes de qualité et des protocoles provinciaux ou territoriaux et s'assurent de leur application.
- Le modèle de soins par guichet unique permettant d'accéder à tous les services soit offert dans toutes les collectivités afin d'assurer aux aîné-e-s l'accès au continuum de soins.

LA POSITION DU CCNTA EN BREF

Au Canada, chacun des trois grands aspects des soins de santé – le financement, la distribution et la prestation – peut être public, privé ou public/privé.

La question à se poser, ce n'est pas s'il faut choisir entre public et privé, mais comment le ratio public/privé des services influe sur le coût, l'accès et la qualité des soins ainsi que sur la responsabilisation des fournisseurs.

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) croit que les soins de santé doivent être accessibles à tous en fonction du besoin plutôt que de la capacité de payer, que les fournisseurs de soins de santé doivent rendre compte au public des services qu'ils assurent, et que la qualité et l'équité doivent être incluses parmi les critères d'évaluation des soins, au même titre que l'efficacité et l'efficience.

Dans ce rapport, le CCNTA identifie le dosage public/privé qui permettrait que les aîné-e-s du Canada continuent d'avoir accès, universellement, à des soins de qualité par l'entremise du système de santé canadien.

En particulier, le CCNTA recommande que :

- Les services de santé médicalement nécessaires continuent d'être financés entièrement à l'aide des fonds publics, au moyen d'un système provincial/territorial « à payeur unique ».

VALEURS DU CCNTA

Le CCNTA croit que :

- La société doit reconnaître les mêmes droits, devoirs et privilèges à tous, peu importe leur âge.
- Les aîné-e-s ont droit à l'autonomie tout en bénéficiant de l'interdépendance, droit de prendre leurs propres décisions, y compris de 'vivre à risque'.
- Les aîné-e-s doivent participer à l'élaboration des politiques et des programmes.
- Les aîné-e-s doivent pouvoir compter sur une protection de revenu adéquate, sur un accès universel aux soins de la santé et sur la présence d'une gamme de programmes et de services capables de soutenir leur autonomie, cela, dans toutes les régions du pays. Les politiques et les programmes doivent aussi tenir compte de l'hétérogénéité et de la diversité culturelle chez les aîné-e-s.

EN QUOI CONSISTE LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIEME AGE?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1^{er} mai 1980, afin d'aider le ministre de la Santé et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des personnes âgées. Le Conseil étudie les besoins et les problèmes des aîné-e-s, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public et publie et diffuse de l'information sur le vieillissement.

Le Conseil est composé d'au plus dix-huit membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, de leurs préoccupations et de leurs compétences.

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIEME AGE

(au 21 mai 1997)

Présidente	Patricia Raymaker
Calgary (Alberta)	
Membres	
Hortense Duclos	Montréal (Québec)
Peter Fraser	Fort Resolution (Territoires du Nord-Ouest)
Gerald Hodge	Denman Island (Colombie-Britannique)
Bernice MacDougall	Estevan (Saskatchewan)
Yvon Milette	St-Georges-de-Champlain (Québec)
Patricia O'Leary-Coughlan	Douglas (Nouveau Brunswick)
Juliette Pilon	Sudbury (Ontario)
Douglas Rapelje	Welland (Ontario)
Yvette Senienne	Montréal (Québec)
Anne Skuba	Winnipeg (Manitoba)
Mary Ellen Torobin	Gloucester (Ontario)
Joyce Thompson	Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)

Pour obtenir de l'information sur ce rapport, communiquez avec le :

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Localisateur postal : 4203A

Ottawa, Ontario

K1A 0K9

Tél. :

(613) 957-1968

Télex :

(613) 957-7627

Courrier électronique :

seniors@inet.hwc.ca

Internet :

<http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>

Patricia Raymaker

Présidente

Nancy Garrard

Directrice intermédiaire

Division du vieillissement et des aînés

La Division du vieillissement et des aînés fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

LA POSITION DU CCNTA SUR... contient les opinions et les recommandations du Conseil relativement aux besoins et aux préoccupations des aîné-e-s, ainsi qu'aux questions liées au vieillissement de la population.

1^{ère} impression, 1997

©Ministre des Travaux Publics et Services Gouvernementaux Canada 1997
N° de cat. : H71-2/2-19-1997
ISBN : 0-662-63222-2

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Cette position a été adoptée à l'unanimité par
les membres du CCNTA à la 50^e réunion
du Conseil, les 21 et 22 mai 1997

LA POSITION DU CCNTA SUR LA PRIVATISATION DES SOINS DE SANTÉ

La position du CCNTA

sur la privatisation des soins de santé

N° 19



Conseil consultatif national
sur le troisième âge